

Analyse qualitative des facteurs favorisant le recours au *bypass* gastrique

Qualitative analysis of factors supporting recourse on gastric bypass

S. Mboyato, E. Somasse et Y. Coppieters

Centre de Recherche en Epidémiologie, Biostatistique et Recherche clinique, Ecole de Santé Publique, ULB

RESUME

Près de la moitié de la population belge de 18 ans et plus est en surcharge pondérale et environ 14 % sont obèses. En dehors des maladies organiques associées à l'obésité, le retentissement psychologique est très important et requiert une prise en charge spécifique. Les traitements conservateurs à base de régime alimentaire, d'activité physique ou de médicaments montrent souvent des limites notamment lorsque le patient présente des troubles comportementaux alimentaires. La chirurgie bariatrique se présente comme le traitement ultime. Il s'agit d'un traitement non banal qui comporte des risques et dont le coût pour le patient est élevé.

*Cette étude se base sur une enquête qualitative auprès de patients venant subir un *bypass* gastrique afin d'apprécier les indications de la chirurgie et décrire les motivations personnelles qui conduisent les patients à solliciter cette intervention. Elle consiste en des entretiens individuels semi-dirigés avec les postulants à cette intervention.*

*La majorité des patients n'entre pas dans les critères définis par la loi. Le retentissement psychologique de l'obésité, notamment par rapport au jugement de l'entourage et de la société, semble constituer un élément déterminant dans le recours au *bypass* gastrique. Les motivations à subir cette intervention sont : l'importance accordée au physique, la nécessité d'être à la mode, de répondre à la demande d'un conjoint ou de diminuer les risques pour sa santé. Le soutien social de la famille et des amis avant, pendant et après l'intervention est un élément clé de la réussite et de l'acceptabilité de l'intervention.*

Cette étude met en avant la nécessité de revoir les critères d'accès à la chirurgie bariatrique et d'assurer un accompagnement psychologique avant et après l'intervention. C'est d'autant plus important que nombre de patients sont peu ou mal informés des conditions et des conséquences possibles de l'intervention.

Rev Med Brux 2012 ; 33 : 457-65

ABSTRACT

Half of Belgium's adult population is overweight and approximately 14 % are obese. Apart from organic diseases associated with obesity, the psychological repercussion is very important and requires a specific caring. Conservative treatments containing diet, physical-activity and drugs often show limits in particular when the patient presents food behavioural disorders. The bariatric surgery is presented like an ultimate therapy. It is a specific treatment which involves risks and high cost for the patient.

This study is based on a qualitative study including patients coming to a gastric bypass in order to appreciate the surgical indications and to describe the individual motivations which lead the patients to request this intervention. The study consists of semi-structured interviews with hospitalized patients.

The majority of the patients do not correspond to the criteria defined by the law. The psychological repercussion of obesity compared to the family sight and the society seems to constitute a crucial factor in the recourse to the gastric bypass. The motivations to undergo this intervention are : importance attached to the physique, need for being with the mode, for answering at the request of a spouse or for decreasing health risks. The social support of the family and friends, during and after the intervention is a key component of the success and the acceptability of the intervention.

This study proposes to re-examine the criteria of access to the bariatric surgery and to ensure a psychological accompaniment before and after the intervention. That is important for patients who are badly informed about conditions and consequences of the intervention.

Rev Med Brux 2012 ; 33 : 457-65

Key words : obesity, bariatric surgery, gastric bypass, health status, qualitative approach

INTRODUCTION

L'obésité, comme la plupart des autres facteurs de risque cardiovasculaires, est la plupart du temps intimement liée aux comportements individuels et aux modes de vie (manque d'activité physique, alimentation déséquilibrée, abus d'alcool, excès chronique de stress, etc.). Selon l'enquête nationale de santé par interview 2008, on note que presque la moitié (46,9 %) de la population belge est en surcharge pondérale (IMC de 25 ou plus) et 13,8 % de la population de 18 ans et plus sont obèses avec un IMC ≥ 30 ¹. Selon cette enquête, les maladies liées à la surcharge pondérale telles que l'hypertension, le diabète de type 2, les pathologies cardiaques, ont une importance socio-économique majeure et l'estimation de leurs coûts en Belgique s'élève à 600 millions d'euros soit 6 % du budget de l'INAMI en 2000². Il est important de rappeler qu'aux niveaux médical et de santé publique, les solutions au problème de l'obésité sont pluridisciplinaires et non exclusivement médicales. C'est un travail conjoint d'accompagnement individuel, de prise en charge nutritionnelle et de réhabilitation physique (à travers l'augmentation de l'exercice physique) qui est à la base de la prise en charge^{1,3}. Malgré ce postulat de base, il existe aussi des données pour affirmer que chez les personnes obèses, le traitement chirurgical est efficace pour obtenir une perte de poids durable, et que cela s'accompagne du contrôle de certaines morbidités associées, par exemple le diabète¹.

La chirurgie bariatrique est reconnue aujourd'hui comme le traitement le plus efficace dans la prise en charge de l'obésité morbide et a largement fait ses preuves en matière de réduction de la morbi-mortalité individuelle au sein de la population des patients souffrant d'obésité⁴. En Belgique, le *bypass* gastrique apparaît comme la technique chirurgicale la plus fréquente par rapport aux autres techniques chirurgicales bariatriques : 4.504 sur 6.657 soit 68 %¹.

Selon, une étude publiée dans la *Revue Médicale de Bruxelles*, les données collectées de 2001- 2007, montrent que 2.050 chirurgies pratiquées sont consacrées au *bypass* gastrique sur 2.700 et 650 au cerclage gastrique ajustable (gastroplastie par anneau ajustable)⁵. Néanmoins, cette chirurgie est une chirurgie digestive fonctionnelle particulière avec ses règles, ses complications et qui nécessite une gestion interdisciplinaire de l'obésité morbide. Aujourd'hui, l'enjeu de cette chirurgie consiste en une meilleure sélection des patients et une précision des procédés chirurgicaux en raison de nombreuses études comparatives en cours et de l'organisation d'un suivi durable, régulier et coordonné par une équipe multidisciplinaire. Le *bypass* procure de bons résultats à long terme, avec des pertes de poids considérables et stables, le taux de succès à 10 ans étant de l'ordre de 80 %¹. De même, une méta-analyse établit que les résultats en termes de perte pondérale sont supérieurs à ceux des autres techniques et sont stables dans le temps⁶.

Le parcours du patient intéressé par une chirurgie bariatrique est schématisé par la figure afin de visualiser le rôle de chaque intervenant et le caractère multidisciplinaire de la décision dans le but d'assurer une qualité des soins.

L'engouement pour cette chirurgie fait qu'actuellement les patients obèses souhaitent voir d'emblée le chirurgien. Celui-ci ne voit que les patients souffrant d'une obésité morbide, donc avec un IMC supérieur à 40 kg/m². En-dessous, les patients doivent être adressés au médecin nutritionniste ou endocrinologue. Pour rappel, la solution au problème de l'obésité épidémique se trouve *a priori* en dehors du champ d'action de la biomédecine et de la chirurgie. Le nutritionniste prend en charge les obèses moyens et les adresse au chirurgien si le patient a un IMC entre 35 et 40 kg/m² et s'il souffre d'une comorbidité induite par l'obésité et susceptible de régresser par la perte de poids et la technique chirurgicale⁷. Aucune décision thérapeutique ne doit être prise à l'issue de cette consultation où le patient est encouragé à plusieurs démarches complémentaires (recueillir le témoignage de patients déjà opérés, soit directement, soit par le biais d'associations d'anciens obèses, actuellement mieux structurées et dynamiques ; la consultation diététique, psychologique, cardiologique, etc.). Le médecin émet un avis soit positif sous réserve d'une décision pluridisciplinaire, soit un avis négatif qu'il doit argumenter.

Le but de cette recherche est de comprendre les facteurs favorisant le recours à l'intervention dite "*bypass* gastrique" auprès des patients d'une clinique bruxelloise en mettant l'accent sur les facteurs personnels. De façon spécifique, il s'agit :

- de décrire la fréquence du recours au *bypass* gastrique dans cet hôpital ;
- d'identifier les différents facteurs susceptibles de favoriser le recours au *bypass* gastrique ;
- d'analyser les critères et indications perçus par les patients ainsi que leurs bénéfices pour l'avenir. Ceci doit contribuer à l'élaboration de recommandations pour améliorer la prise en charge pré- et postopératoire des patients au sein de l'équipe de soins.

METHODE

A partir d'une base de données hospitalière, nous avons effectué une analyse descriptive de la population ayant recours au *bypass* gastrique dans un hôpital bruxellois afin d'évaluer la fréquence du recours au *bypass* par rapport à l'ensemble de la chirurgie et les indications de cette thérapeutique. L'étude est complétée par une enquête qualitative afin d'allier les déterminants de la littérature à ceux des dires des patients. La population étudiée est constituée des patients admis dans le Service de Chirurgie digestive de cet hôpital afin d'y subir un *bypass* gastrique. L'*Obesity Clinic* est composée de cinq chirurgiens, quatre anesthésistes, une diététicienne, un psychologue et une coordinatrice. Notre population d'étude a

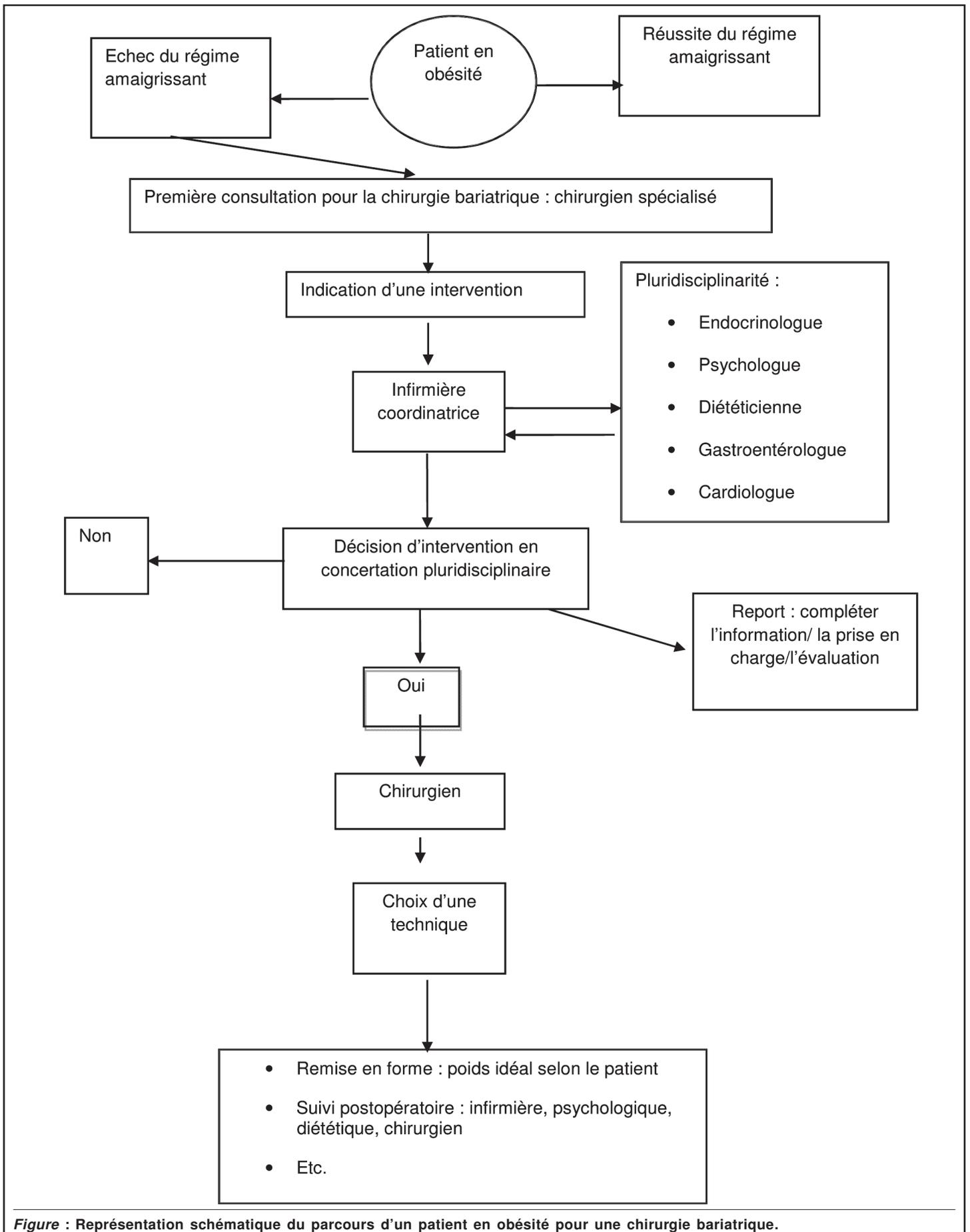


Figure : Représentation schématique du parcours d'un patient en obésité pour une chirurgie bariatrique.

été recrutée et interrogée du 13 au 30 juin 2011. La méthode de recrutement utilisée est exhaustive pour l'ensemble des patients admis pour le *bypass* gastrique durant la période d'étude. Cette méthode qualitative

permet de comprendre de façon plus claire les différents facteurs personnels et favorisant le recours à l'intervention chez les patients. Un entretien individuel semi-directif avec chaque patient a été réalisé. Il s'agit

d'un dialogue où l'enquêteur s'abstient de toute intervention directive informative ou structurante. Une grille d'entretien a été élaborée pour structurer l'entretien et s'assurer que les points essentiels ont été abordés dont les thèmes suivants : l'indication thérapeutique, les caractéristiques démographiques : âge, sexe, profession, la motivation, les connaissances sur l'intervention, la représentation de l'image de soi, le style de vie et le comportement alimentaire, le rôle des pairs, les caractéristiques psychologiques et comportementales et les caractéristiques socio-économiques.

Les propos recueillis lors de l'entretien ont été intégralement retranscrits sous forme de texte. L'analyse des résultats se réalise par regroupement des *items* en fonction des objectifs poursuivis et l'élaboration des tableaux des données pour les données quantitatives telles que le sexe, le statut professionnel, le BMI, les critères établis par l'arrêté royal et le poids idéal.

RESULTATS

Analyse descriptive de la population ayant recours au *bypass* gastrique

Sur base des données de la clinique, nous présentons un tableau de fréquence des patients ayant recouru au *bypass* gastrique par rapport à l'ensemble des patients admis à la clinique pour une chirurgie bariatrique de 2005 à ce jour (tableau 1).

L'âge moyen des patients de la clinique pour l'ensemble de la période d'analyse était de 41,8 ans ($\pm 9,8$ ans de déviation standard) dans les deux sexes, bien que la moyenne d'âge soit plus élevée pour le sexe masculin. Elle est plus élevée pour les années 2006 et 2007 chez l'homme tandis que chez la femme, cette augmentation concerne l'année 2009. Les patients venant subir l'intervention ont une obésité morbide avec un BMI ≥ 40 pour la majorité des années. Le BMI moyen était plus élevé chez l'homme avec un extrême à 47.

Approche qualitative auprès des patients

Nous avons eu des entretiens avec 15 patients venus subir le *bypass* gastrique durant la période considérée. L'âge moyen de notre échantillon est de 35,7 ans avec des extrêmes de 18 et 65 ans et la tranche d'âge majoritaire se situe entre 18 et 30 ans.

Indications de la chirurgie et facteurs personnels

Les entretiens révèlent que la grande partie des patients ne présentent pas de problèmes médico-chirurgicaux pouvant conduire à l'intervention. 3 patients sur 15 présentent soit une hypertension artérielle, soit un diabète, soit une cirrhose (qui n'est pas une indication de chirurgie mais plutôt une contre-indication).

Cependant, tous ont tenté d'une manière ou d'une autre un ou plusieurs régimes alimentaires sans succès. Un patient a tenté l'hospitalisation dans un centre pour prise en charge de personnes obèses. La majorité des patients présentent le plus souvent une dépression, une anxiété, une nervosité, une angoisse et/ou un stress. Certains expliquent que la cause de leur obésité est liée soit à un problème professionnel ou familial, soit aux études. Il s'avère que pour certains, ces problèmes psychologiques conduisent à des troubles comportementaux affectant la famille, l'entourage et souvent eux-mêmes (tableau 2).

Tableau 2 : Énumération de facteurs personnels de recours à la chirurgie bariatrique.

“ Je suis stressée, dépressive et actuellement sous traitement antidépresseur à cause de mes kilos... ” (Femme, 54 ans).
 “ Je suis très, très stressée, dépressive ; je vais à la consultation chez le psychologue une fois tous les 15 jours pour décompresser. J'ai besoin d'avoir une oreille neutre, qui ne me juge pas et qui surtout me comprend. Il est important de décompresser ” (Femme, 33 ans)
 “ Mon obésité me conduisait à être nerveuse et impulsive. Je m'en prenais aux autres en leur exprimant ma honte, mon image affreuse sous une forme de crise de nervosité. Peu après, je me suis rendu compte que mon fils ne voulait plus que je le prenne et là, je me suis dit qu'il est temps de me faire prendre en charge au risque de perdre ce que j'ai de précieux dans ma vie ” (Femme, 26 ans).

Tableau 1 : Age et BMI moyens selon le sexe et par année.

Année	Nombre de BPG/total de chirurgie bariatrique (%)	Age moyen (années)			BMI moyen		
		Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes
2005	33/38 (86,8 %)	36,0	35,0	41,0	42,5	41,7	47,0
2006	54/71 (76,1 %)	39,6	37,7	50,4	39,7	39,5	41,2
2007	66/89 (74,2 %)	39,6	37,7	50,4	40	39,8	40,5
2008	98/112 (87,5 %)	36,0	35,8	41,1	40,7	40,2	42,5
2009	94/121 (77,7 %)	39,3	39,5	40,5	42,1	42,3	42,3
2010	111/178 (62,4 %)	36,3	36,5	40,6	42,4	42,0	42,5

Les motivations des patients pour subir cette intervention se basent entre autres sur l'importance que ces derniers accordent à leur physique qui constitue un élément primordial. 13 patients sur 15 lient leur aspect physique à la décision de recourir à la chirurgie bariatrique. Une patiente relate : *“ Je dois éteindre la lumière lors des relations sexuelles avec mon mari pour qu'il ne me voit pas, de peur, ... ”* (Femme, 34 ans). Certains évoquent qu'au départ, leur poids ne leur posait pas de problème mais le fait qu'un jour, un regard a été mal perçu, mal interprété, a suscité l'envie de changer d'apparence. D'autres ont été motivés à la suite d'une remarque sur le physique : *“ Une amie à ma femme en parlant de moi à ses parents, m'identifie comme femme grosse ”* (Femme, 30 ans). D'autres ont été encouragés par leurs proches : *“ Malgré que mon compagnon me répète que je suis belle telle que je suis, je n'arrive toujours pas à oublier les dires négatifs entendus à propos de mon physique ”* (Femme, 26 ans).

Un problème qui motive aussi la majorité des patients est la nécessité de suivre la mode. 9 personnes sur 15 évoquent la pénibilité de trouver des habits qui leur vont bien. Les patients ont du mal à choisir leur tenue. Ils disent que les vêtements pour les grandes tailles sont sans formes : *“ Je dois m'habiller avec des vêtements amples qui cachent mes formes et je passe des heures et des heures à chercher quoi porter ”* (Etudiante, 20 ans).

Un patient a évoqué les risques pour sa santé. L'intervention est ici synonyme de préservation de la santé. Un autre révèle que sa motivation est basée sur la relation amoureuse : *“ C'est pour ma nouvelle compagne que je fais cette intervention. Etre bien pour l'amour ”* (Homme, 65 ans). Le désir de vouloir faire une rencontre motive : *“ Je veux perdre du poids pour entamer une relation amoureuse et pourquoi pas fonder famille ”* (Homme, 28 ans).

Influences socioprofessionnelles

A la question “ Pensez-vous que votre situation professionnelle influe dans la prise de décision pour l'intervention ? ”, sur 15 patients interviewés, 3 lient la profession à la décision de recourir à la chirurgie : *“ Je suis dans l'horeca, ma profession exige d'avoir une bonne allure... ”* (Femme, 34 ans). *“ Je suis coiffeuse, je dois avoir une taille svelte, image du coiffeur faite à mes clients... ”* (Femme, 33 ans). Les rôles des pairs par rapport au recours à l'intervention sont multiples : l'encouragement, l'accompagnement, la crainte et/ou la peur, le refus. Certains patients rapportent avoir reçu des leurs, des paroles encourageantes, stimulatrices à la prise de décision. Toutes les personnes interrogées évoquent le besoin essentiel d'être accompagné, entouré par les leurs. De plus, le fait que les pairs (parents, amis, sœurs) soient informés sur cette intervention a suscité la crainte chez un certain nombre de patients (tableau 3).

Tableau 3 : Influences familiales et sociales par rapport au recours à la chirurgie bariatrique.

“ Ma copine m'a encouragé dans ma démarche et s'est mise à rechercher sur Internet avec moi. Ça m'a fort touché ” (Homme, 24 ans). *“ Ma nouvelle compagne a été d'accord et c'est elle qui m'a accompagné pour subir l'intervention, elle me soutient à 100 % dans ma décision... ”* (Homme, 65 ans). *“ Mon père me dit qu'il ne faut pas modifier ce que la nature a déjà établi ”* (Femme, 26 ans). *“ Mes amies m'envoient sur Facebook des images, vidéos de personnes témoignant sur les complications qu'elles subissent à cause de cette chirurgie ”* (Femme, 33 ans). *“ Tu es né dans une famille où il y a des obèses, les autres vivent bien avec leurs poids. Pourquoi chercher à maigrir ? ”* (Homme, 24 ans). *“ J'ai caché à ma famille et les amis ma décision de me faire opérer ”* (Femme, 54 ans).

Connaissance de l'intervention et de ses conséquences

Les sources d'information les plus fréquemment évoquées sont les amis, un membre de la famille, Internet et les médecins. Les amis ayant subi ou pris connaissance de l'intervention le transmettent à leur entourage d'une manière positive ou négative. Certains patients disent avoir pris connaissance par une personne de la famille. Selon certains propos, Internet est l'outil indispensable de prise de connaissance de l'intervention et d'information sur ses conséquences. Certains disent être bien informés et avoir pris connaissance de l'intervention tandis que d'autres semblent mal informés jusqu'au moment de l'intervention (tableau 4).

Tableau 4 : Personnes qui influencent le recours à la chirurgie bariatrique.

“ J'ai pris connaissances par le cousin de ma copine qui l'a fait... ” (Homme, 40 ans). *“ Par mon cousin qui aussi a été obèse et s'est fait opérer. Il a fort maigri... ”* (Femme, 20 ans). *“ C'est le Dr qui m'a proposé cela. Pour moi, l'essentiel est de perdre du poids ”* (Femme, 54 ans). *“ C'est mon médecin traitant qui m'a donné le nom d'un chirurgien et ce dernier m'a conseillé de subir le BPG »* (Femme, 62 ans). *“ J'ai connu l'intervention par Internet et lu ce qui était écrit dans les forums ”* (Femme, 33 ans). *“ Sur Internet, j'ai vu l'intervention, posé mes questions sur le forum ; et j'ai reçu des réponses tant positives que négatives... ”* (Homme, 28 ans).

Image de soi

14 patients sur 15 déclarent avoir une image de soi perturbée et évoquent le problème de non acceptation de soi, de la représentation et des conséquences : *“ C'est maintenant que je me rends compte de mon état ; je suis devenu affreux et je ne me rendais pas compte... ”* (Homme, 28 ans). Les représentations des patients par rapport à l'image de soi mises en évidence sont : affreuse, horrible, difforme, rondeur, énormité, peau flasque, ... *“ Je suis énorme, je ne me supporte pas malgré mon maquillage, ma coiffure, je suis mal et mal. Je voudrais être quelqu'un d'autre que celle que je vois dans le miroir ”* (Femme, 26 ans) ; *“ En plus de l'effet de l'âge, ma peau devient trop flasque donc je ne voulais plus de cette image ”* (Femme, 62 ans). Cette perception de l'image de soi conduit certains à l'adoption de divers comportements tels que : l'enfermement, la fuite des autres ou le

déni : “ *Ce corps m’empêche de sortir avec mon mari* ” (Femme, 34 ans) ; “ *Je m’enferme, je ne fais pas de courses car je ne m’accepte pas* ” ; “ *Je ne me supporte pas. Je suis vivante mais mon âme est morte* ” (Femme, 34 ans).

Style de vie et comportements alimentaires

Certains patients présentent un trouble du comportement alimentaire lié ou non à un problème psychologique. Le style de vie est différent pour chaque patient. Certains apprécient les sorties tandis que d’autres sont casaniers : “ *Par ma profession, je dois être en contact régulièrement avec les gens. Je mange dès que je suis stressée et j’ai des troubles de comportements alimentaires* ” (Femme, 33 ans).

Quant aux aspects financiers concernant l’intervention, la grande majorité des patients a affirmé avoir un remboursement de la mutuelle. Seul un patient déclare avoir déboursé de l’argent car il ne remplissait pas complètement les critères légaux de prise en charge par sa mutuelle et/ou son assurance complémentaire.

Projection sur l’avenir

Suite aux questions portant sur le poids idéal et les perspectives d’avenir, les patients s’expriment sur le but poursuivi. Ce sont des réponses aussi spécifiques d’un patient à l’autre car chacun est à la recherche de son idéal, de ses projets. 2 patients sur 3 désirent avoir un poids idéal entre “ 61-80 kg ” (vêtements de taille 36-40). Ils considèrent qu’en ayant ce poids, les vêtements sont plus faciles à trouver. Ce poids idéal améliorerait leur quotidien et leur apporterait un réel bien-être. Tous affirment que la vie d’avant sera bien différente de la vie d’après. C’est un nouveau départ, un avenir prometteur et des horizons nouveaux pour affronter les regards des autres : “ *Je ne peux plus avoir de crainte pour mon avenir. Cette intervention m’a redonné un regain d’espoir. Autrefois, je ne pensais pas à la vie de couple, et maintenant, je vis. La vie s’illumine au-devant de moi chaque jour* ” (Homme, 28 ans).

DISCUSSION

Notre étude a pour objectif général la compréhension des facteurs favorisant le recours à la chirurgie bariatrique de type “ *bypass gastrique* ” dans un hôpital de Bruxelles. C’est une étude qualitative qui a été développée et donc sans aucune prétention de représentativité de l’échantillon. En effet, dans ce type d’approche, c’est la recherche d’informations à travers des points de vue de patients qui est cherchée. Si l’obésité morbide induit des troubles psychologiques, les plus graves méritent une prise en charge avant d’envisager la chirurgie bariatrique (contre-indication liée à la difficulté de respecter les recommandations par le patient lui-même). Ces facteurs psychologiques constituent le point déterminant de la prise de décision pour l’intervention. A la vue des différents articles sur

certains déterminants ou facteurs favorisant le recours à la chirurgie en cas de prise en charge de l’obésité, il nous paraît important de discuter des principaux déterminants du recours au *bypass* gastrique. Cependant, cette analyse ne doit pas occulter les enjeux sociétaux fondamentaux du sujet que sont la lutte contre la surcharge pondérale et l’obésité chez les jeunes et les adultes en général à travers des programmes de promotion de l’exercice physique, d’une alimentation saine, de création d’environnements favorables à la santé, etc. Nos résultats ne concernent donc qu’une petite partie des patients qui ont recours d’emblée à la chirurgie ou qui présentent de véritables indications pour bénéficier d’une chirurgie bariatrique.

Facteurs personnels

Une étude prospective réalisée en 2009 montre que l’âge moyen des patients subissant le *bypass* gastrique est de $41,8 \pm 9,8$ ans, similaire à notre étude⁸. De même, les statistiques établies au C.H.U. de Liège montrent que l’âge moyen est de 41 ans avec des extrêmes entre 18-70 ans⁹. Une autre étude confirme l’absence de différences d’âge entre les deux sexes¹⁰.

Il est ressorti de notre étude que 8 patients sur 15 venant subir l’intervention sont professionnellement actifs. Un peu moins de la moitié des patients n’exercent donc aucune activité professionnelle. La profession exercée n’est pas apparue comme un facteur déterminant du recours à la chirurgie bariatrique. Nous n’avons de plus identifié aucune étude faisant état d’une relation entre la profession et la décision de recourir à cette technique chirurgicale.

Nos résultats ont permis d’identifier l’aspect physique et l’image de soi comme facteurs déterminants renforcés par l’influence de l’environnement sociofamilial : plaie à son (sa) partenaire, les encouragements de proches et leur soutien. L’influence de l’environnement à subir l’intervention se traduit par le vécu négatif du regard des autres, leurs dires et paroles. Van Hout *et al.*¹¹ constatent que le regard et les dires des autres ont une grande influence sur la prise de décision chirurgicale. Les patients en surpoids et obèses sont par exemple fréquemment gênés par des problèmes de tenue vestimentaire. Ce fait est soutenu par les auteurs qui discutent aussi la motivation de ces patients à améliorer leur apparence, leur mobilité et leur vie sexuelle. Un élément important repris aussi dans la littérature est le désir de sortir de la stigmatisation sociale et d’envisager de nouvelles perspectives d’emploi. Modaressi *et al.*¹² rapportent que la motivation principale chez plus de 2/3 des patients est fondée sur une détresse psychosociale et 10 % pour des raisons médicales. Ceci explique l’impact des troubles psychologiques sur la prise de décision. Les patients n’abordent pas spontanément des troubles du comportement alimentaire ou l’analyse de certains de leurs comportements individuels. Ces éléments, peu documentés essentiellement à cause du type d’approche proposée par cette étude, restent

néanmoins nécessaires à diagnostiquer et à intégrer dans la prise en charge globale.

Le but du recours à la chirurgie semble être l'amélioration de l'image corporelle, de l'estime de soi et de la qualité de vie et non pas exclusivement la perte de poids. Néanmoins dans certaines séries, la plupart des patients ont comme principales motivations leurs problèmes de santé (94 %), la limitation dans leurs activités (62 %) et les troubles psychosociaux (40 %)¹¹. Généralement, ils ont obtenu peu de résultats avec le traitement symptomatique, le régime alimentaire et l'hygiène de vie. Les patients espèrent, par la chirurgie, une amélioration quant à leurs caractéristiques psychosociales (61 %), une perte de poids à long terme (52 %) et l'effet de satiété (46 %). Ces patients obèses perçoivent souvent l'intervention comme une chance de prolonger leur vie¹³. Lors de la prise en charge pluridisciplinaire, le psychiatre ne doit pas *a priori* juger la motivation du patient mais plutôt l'aider à formuler ses objectifs et ses attentes quant à ce traitement invasif et contraignant¹³.

Influences socioprofessionnelles

Au cours de nos entretiens, la majorité des patients affirment avoir le soutien de leur famille et amis avant, pendant et après l'intervention. La présence de la famille, des proches, des amis et leur soutien est un véritable atout pour le patient^{11,14}. Les femmes ont plus une aptitude à rechercher un soutien social, l'avis des pairs pour subir l'intervention que les hommes¹⁵. L'entourage favorise l'adaptation du patient aux instructions médicales. Dans certains cas, la famille entière adopte des changements de mode de vie dont la diversité alimentaire. Subir cette intervention sans être entouré, entraîne des répercussions psychologiques et sociales, empêche le patient de vivre le nouveau changement et d'affronter le regard des autres en toute liberté. La perte de poids produit des conséquences constructives et destructives au sujet de la qualité de la vie interpersonnelle du patient¹⁶. Lors de la période pré-chirurgicale, il s'avère capital de faire comprendre au patient les influences de son entourage, sa famille et ses proches. Le patient doit arriver à positiver sur le changement potentiel de vie¹³.

Selon une étude suédoise¹⁷, le ressenti d'une mauvaise qualité de vie est plus marqué chez des sujets obèses demandeurs d'un traitement chirurgical et surtout chez les femmes. L'amélioration de la qualité de vie ressentie avec la chirurgie bariatrique varie suivant la technique chirurgicale. Ainsi le *bypass* gastrique améliorerait plus la qualité de vie que l'anneau gastrique ou le *banding* gastrique¹².

Le rapport introductif sur la prévention de l'obésité chez les enfants en Belgique¹⁸ montre de plus qu'il existe un lien entre l'obésité de l'enfant et l'accès à l'emploi des parents. La personne est victime d'un rejet social, raison de son cloisonnement à domicile. Beaucoup préfèrent rester chez eux plutôt que d'affronter une expérience négative en société.

Connaissance de l'intervention et de ses conséquences

Au vu des résultats présentés, 5 des 15 patients ont un problème médico-chirurgical nécessitant l'intervention en plus du problème de surpoids ou d'obésité. Selon une enquête nationale réalisée en 2004 en France, les auteurs constatent que l'écart entre les pratiques et les recommandations est variable : pour 16 % des malades, il y avait soit absence d'indication à opérer (IMC < 35 kg/m² ou absence de comorbidités pour les IMC comprises entre 35 et 39) soit contre-indication en raison d'une pathologie intercurrente¹⁹. Cependant, pour les 66 % restants, les critères n'ont pas été respectés dans leur intégralité. Les auteurs mettent en exergue l'ambiguïté et l'imprécision de certains critères de la loi (par exemple, le suivi d'un an recouvre-t-il la notion de contiguïté ou tolère-t-il des périodes discontinues dont la somme vaut au moins 12 mois ?). Et, pour eux, ils sont à l'origine d'une partie de l'écart entre les pratiques et les recommandations.

Il est important que le patient soit non seulement conscient de sa prise de décision mais qu'il ait une bonne compréhension de l'intervention, des changements que cela va apporter dans sa vie et des possibles conséquences. Pour cela, un test de compréhension lui est proposé après explication par l'infirmière coordinatrice²⁰.

Il est ressorti de nos entretiens que 8 des 15 patients présentaient une dépression, un stress ou une anxiété. Un de ceux-ci avait même tenté de se suicider à cause de son problème de surpoids. L'étude de Kalarchian²¹ rapporte que la classe psychiatrique communément rencontrée dans les antécédents des patients est le trouble de l'humeur (45 %), la dépression (42 %), alors que celle trouvée au moment de l'évaluation est l'anxiété (24 %). Les troubles psychiatriques, surtout l'anxiété et la dépression, sont significativement diminués après une chirurgie bariatrique, sans amélioration des troubles de personnalité. Diverses études sont cependant divergentes quant aux effets de la chirurgie bariatrique sur l'anxiété et la dépression^{11,22}. Il est important de faire remarquer que la présence de troubles psychologiques constitue une contre-indication à la chirurgie. Diverses études relèvent en effet que les troubles psychologiques augmentent le risque des complications post-chirurgicales. Cependant, la présence d'un trouble psychologique ne doit pas constituer un critère d'exclusion à la chirurgie. Le facteur décisif serait plutôt le degré de sévérité du trouble. Un patient avec trouble grave ne pourra pas suivre les instructions pré- et postopératoires et ne pourra être pleinement conscient de sa prise de décision. On constate qu'un faible niveau d'anxiété aura un meilleur résultat de perte de poids après l'intervention chez un patient ayant une bonne intégration psychosociale et une compliance au traitement. De même, les symptômes de la dépression diminuent graduellement avec la perte de poids. Les auteurs signalent que le profil psychologique, la

personnalité et les comorbidités sont en effet des éléments importants voire parfois prédictifs d'un résultat postopératoire²³.

Image de soi

L'image de soi est fortement perturbée avant le *bypass* gastrique et, après la chirurgie, il semble y avoir une amélioration¹². Des études^{11,24} remarquent que les patients après le *bypass* gastrique ont une perte pondérale considérable et supérieure aux autres interventions. On remarque une diminution d'au moins 40 % du poids observable dès les 6 mois après la chirurgie. D'autres études^{25,26} montrent que 6 mois après, les patients acquièrent une amélioration de leur image corporelle, de leur attrait aux autres et de la diminution de leur " honte ". Les partenaires rapportent avoir un plus fort sentiment d'attraction physique pour leur(s) conjoint(e)s après la chirurgie. La perte pondérale peut cependant conduire à l'apparition d'excès cutanés qui empêcheraient l'obtention de l'image corporelle souhaitée. Les patients qui sont contents de leur apparence physique et sont satisfaits de l'intervention, sont ceux qui n'ont souvent pas de surplus adipeux²⁶. La déception de l'aspect corporel est parfois plus grande que la perte de poids souhaitée. La littérature nous montre qu'une mauvaise estime de l'image de soi (dysmorphophobie) existe bien avant l'intervention et peut donc s'aggraver après. L'image du corps est donc une base à partir de laquelle l'individu va créer sa représentation de soi qui lui permettra de se reconnaître par rapport à lui-même et par rapport aux autres.

Style de vie et comportements alimentaires

Le mode vie a un impact majeur sur le devenir du patient avant et après la chirurgie. Il s'avère que le comportement alimentaire des patients est dû dans la majorité de cas à un problème psychologique. Van Hout *et al.*¹¹ rapportent dans leur étude qu'un tiers à la moitié des patients cherchant un traitement chirurgical souffrent d'hyperphagie boulimique, de grignotage. En conséquence, la plupart des patients sont diagnostiqués avec des troubles alimentaires. Ces patients pour la plupart ont une longue histoire de régimes restrictifs qui n'a pas donné de bons résultats, raison pour laquelle ils sollicitent la prise en charge chirurgicale.

Quant à l'activité physique, les patients disent qu'elle n'a pas eu ou peu d'impact sur leur poids. Ils n'y croient plus. Une majorité confirment que l'activité physique en tant que telle ne peut diminuer leur poids. Pour les patients, il faut d'abord avoir recours à cette chirurgie et ensuite initier une activité physique pour le maintien et le raffermissement de la masse musculaire et ceci dans le seul but d'éviter une chirurgie plastique après la perte du poids secondaire à la chirurgie.

La méta-analyse de Buchwald *et al.*²⁷ confirme que la plupart des traitements axés sur les régimes, l'exercice physique, les modifications du comportement

alimentaire ou les médicaments sont insuffisants, raison pour laquelle les patients s'adressent à la chirurgie. Les patients confirment que les régimes n'ont rien changé à leur problème de poids et que l'activité physique n'a pas eu non plus d'effet positif. Cependant, le mode de vie a un impact majeur sur le devenir du patient avant et après la chirurgie. L'activité physique intense est nécessaire pour un succès à long terme de la perte de poids par *bypass* gastrique¹¹. La reprise de l'activité physique après l'intervention devrait être progressive et reste importante. Au terme de l'étude, certains facteurs personnels apparaissent déterminants au recours à la chirurgie bariatrique (professionnels, socio-économiques, comportementaux, psychologiques, environnementaux et médicochirurgicaux) et cela confirme l'importance d'une prise en charge adéquate et reconnue intégrant les professionnels de la santé, les psychologues, les diététiciens et la famille.

Remerciements

Ce travail entre dans le cadre d'un mémoire en sciences de la santé publique de l'Ecole de Santé Publique de l'ULB (année 2010-2011). Nous remercions l'ensemble des professionnels de la santé et ceux en lien avec cette prise en charge thérapeutique de l'obésité d'avoir participé ou facilité cette recherche.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lambert M-L, Kohn L, Vinck I *et al.* : Traitement pharmacologique et chirurgical de l'obésité. Prise en charge résidentielle des enfants sévèrement obèses en Belgique. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ; 2006. KCE reports 36B (D/2006/10.273/29)
2. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement : Plan national nutrition-santé pour la Belgique, Bruxelles, 2006.
3. Colquitt JL, Picot J, Loveman E, Clegg AJ : Surgery for obesity. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD003641. DOI : 10.1002/14651858.CD003641.pub3
4. Zeanardin G, Hebuterne X : Prise en charge des complications mécaniques et fonctionnelles de la chirurgie bariatrique. La lettre de l'hépatogastroentérologue 2010 ; 12 : 4-5
5. Houben JJ, Barea M, Maroquin M, Isabo O, Desmarests A : Aspects stratégiques et analyse critique de la chirurgie bariatrique. Rev Med Brux 2007 ; 8 : 257-64
6. O'Brien PE, McPhail T, Chaston TB, Dixon JB : Systematic review of medium-term weight loss after bariatric operations. Obes Surg 2006 ; 16 : 1032-40
7. Swiss study group for morbid obesity : Directives pour le traitement chirurgical de l'obésité. Genève, 2010. www.smob.ch (consulté le 05/05/2012)
8. Keller P, Romain B, Nicolae M-A, Perrin P, Meyer C : Is laparoscopic gastric bypass a dangerous procedure during the early phase of the learning curve ? A prospective study of the first 50 cases. J Chir (Paris) 2009 ; 146 : 373-81
9. Livingston EH, Huerta S, Arthur D, Lee S, De Shields S, Heber D : Male gender is a predictor of morbidity and age a predictor of mortality for patients undergoing gastric bypass surgery. Ann Surg 2002 ; 236 : 576-82

10. Sarkis R, Medlej R, Zalaket N, Chédid E : Une anse alimentaire de longueur constante dans un bypass gastrique pour le traitement de l'obésité morbide serait une cause d'échec de la chirurgie bariatrique. Société nationale française de gastro-entérologie (SNFGE), Paris, 2007
11. Van Hout GC, Van Oudheusden I, Van Heck GL : Psychological profile of the morbidly obese. *Obes Surg* 2004 ; 14 : 579-88
12. Modarressi G, Seyed A : Les bénéfices de la chirurgie plastique des séquelles de la chirurgie bariatrique sur la qualité de vie. Thèse de doctorat : Université Genève, 2008 - Méd. 10551. - 2008/09/04
13. Dziurawicz-Kozłowska AH, Wierzbicki Z, Lisik W, Wasiak D, Kosieradzki M : The objective of psychological evaluation in the process of qualifying candidates for bariatric surgery. *Obes Surg* 2006 ; 16 : 196-202
14. de Zwaan M, Mitchell JE, Howell LM *et al.* : Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery. *Compr Psychiatry* 2003 ; 44 : 428-34
15. Grilo CM, Masheb RM, Brody M, Burke-Martindale CH, Rothschild BS : Binge eating and self esteem predict body image dissatisfaction among obese men and women seeking bariatric surgery. *Int J Eat Disord* 2005 ; 37 : 347-51
16. Christou NV, Sampalis JS, Liberman M *et al.* : Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidly obese patients. *Ann Surg* 2004 ; 240 : 416-23
17. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD *et al.* : Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 2007 ; 357 : 741-52
18. Parlement de la Communauté française, session 2005, Rapport introductif sur la prévention de l'obésité chez l'enfant, Marcel Cheron, 23 février 2005
19. Haute autorité de santé (HAS) : Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Paris, 2009
20. Rosik CH : Psychiatric symptoms among prospective bariatric surgery patients : Rates of prevalence and their relation to social desirability, pursuit of surgery and follow-up attendance. *Obes Surg* 2005 ; 15 : 677-83
21. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD *et al.* : Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry* 2007 ; 164 : 328-34
22. Giusti V : Le parcours thérapeutique du patient obèse. *Rev Med Suisse* 2006 ; 2 : 858-63
23. Pessina A, Andreoli M, Vassallo C : Adaptability and compliance of the obese patient to restrictive gastric surgery in the short term. *Obes Surg* 2001 ; 11 : 459-63
24. Mitchell JE, Lancaster KL, Burgard MA *et al.* : Long-term follow-up of patients' status after gastric Bypass. *Obes Surg* 2001 ; 11 : 464-8
25. van Hout GC, Verschure SK, van Heck GL : Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obes Surg* 2005 ; 15 : 552-60
26. Dixon JB, Dixon ME, O'Brien PE : Body image : appearance orientation and evaluation in the severely obese changes with weight loss. *Obes Surg* 2002 ; 12 : 65-71
27. Buchwald H, Buchwald JN : Evolution of operative procedures for the management of morbid obesity 1950-2000. *Obes Surg* 2002 ; 12 : 705-17

Correspondance et tirés à part :

Y. COPPIETERS
 Ecole de Santé Publique, ULB
 Route de Lennik 808 CP 596
 1070 Bruxelles
 E-mail : yves.coppieters@ulb.ac.be

Travail reçu le 31 octobre 2011 ; accepté dans sa version définitive le 21 août 2012.