ufr SMP Sciences médicales & pharmaceutiques
UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ

UFC UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
Membre fondateur de la Comue UBFC
UBFC UNIVERSITÉ BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

ANNEE 2018 - N° 18 – …

« La chirurgie bariatrique et les patients qui en bénéficient : représentations chez les médecins francs-comtois et impact sur le soin »

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le 13 mars 2018

pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Cécile MOUREAUX

Née le 1er Mars 1988 à Pontarlier (Doubs)

La composition du jury est la suivante :

Président :	Professeur Bruno HEYD
Directeur de la thèse :	Docteur Jérôme COMBES
Juges :	Docteur Sophie BOROT
	Docteur Benoit DINET
	Docteur Jean WOLFARTH

UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES & PHARMACEUTIQUES DE BESANÇON

DIRECTEUR **Professeur Thierry MOULIN**

ASSESSEURS MÉDECINE Professeur Gilles **C**APELLIER — Directeur des études
Professeur Catherine **C**HIROUZE
Professeur Marie-France **S**ERONDE
Professeur Jean-Paul **F**EUGEAS

DOYEN PHARMACIE Professeur Xavier **B**ERTRAND — Directeur Adjoint
ASSESSEUR PHARMACIE Professeur Laurence **N**ICOD — Directrice des études

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE Mme Florence **P**RETOT

MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	**ADOTEVI**	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	**AUBER**	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François **AUBIN**		DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Yvette	**BERNARD**	CARDIOLOGIE
Mme	Alessandra **BIONDI**		RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Hugues	**BITTARD**	UROLOGIE
M.	Christophe **BORG**		CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	**BOULAHDOUR**	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
M.	Jean-Luc	**BRESSON**	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M	Gilles	**CAPELLIER**	RÉANIMATION
M.	Jean-Marc **CHALOPIN**		NÉPHROLOGIE
Mme	Catherine	**CHIROUZE**	MALADIES INFECTIEUSES
M	Sidney	**CHOCRON**	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Jean-Luc	**CHOPARD**	MÉDECINE LÉGALE ET DROIT DE LA SANTÉ
Mme	Cécile	**COURIVAUD**	NÉPHROLOGIE
M.	Alain	**CZORNY**	NEUROCHIRURGIE
M.	Jean-Charles **DALPHIN**		PNEUMOLOGIE
M.	Siamak	**DAVANI**	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	**DE BILLY**	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	**DECONINCK**	HÉMATOLOGIE
M.	Bruno	**DEGANO**	PHYSIOLOGIE
M	Eric	**DELABROUSSE**	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Bernard	**DELBOSC**	OPHTALMOLOGIE
M.	Thibaut	**DESMETTRE**	MÉDECINE D'URGENCE
M.	Vincent	**DI MARTINO**	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	**DUCLOUX**	NÉPHROLOGIE
M.	Gilles	**DUMOULIN**	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	**FELLMANN**	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Jean-Paul	**FEUGEAS**	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrick	**GARBUIO**	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Emmanuel	**HAFFEN**	PSYCHIATRIE d'ADULTES

M.	Georges	**HERBEIN**	VIROLOGIE
M.	Bruno	**HEYD**	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	**HOCQUET**	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
M.	Philippe	**HUMBERT**	DERMATO- VÉNÉRÉOLOGIE
M	François	**KLEINCLAUSS**	UROLOGIE
Mme	Nadine	**MAGY-BERTRAND**	MÉDECINE INTERNE
M.	Frederic	**MAUNY**	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MÉDICALE ET TECHNOLOGIE DE COMMUNICATION
M.	Nicolas	**MENEVEAU**	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	**MEYER**	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
Mme	Laurence	**MILLON**	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
Mme	Elisabeth	**MONNET**	EPIDÉMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION
Mme	Christiane	**MOUGIN**	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Thierry	**MOULIN**	NEUROLOGIE
Mme	Sylvie	**NEZELOF**	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	**OBERT**	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Bernard	**PARRATTE**	ANATOMIE
M.	Julien	**PAUCHOT**	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE
M.	Sébastien	**PILI-FLOURY**	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Xavier	**PIVOT**	CANCÉROLOGIE
M.	Patrick	**PLESIAT**	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M	Jean-Luc	**PRETET**	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Rajeev	**RAMANAH**	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Jacques	**REGNARD**	PHYSIOLOGIE
M	Didier	**RIETHMULLER**	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	**RINCKENBACH**	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Christophe	**ROUX**	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Maher	**SALEH**	OPHTALMOLOGIE
M	Emmanuel	**SAMAIN**	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	**SCHIELE**	CARDIOLOGIE
M.	Daniel	**SECHTER**	PSYCHIATRIE D'ADULTES
Mme	Marie-France	**SERONDE**	CARDIOLOGIE
M	Laurent	**TATU**	ANATOMIE
M.	Laurent	**TAVERNIER**	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	**THEVENOT**	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	**THINES**	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	**THIRIEZ**	PÉDIATRIE
M.	Pierre	**TIBERGHIEN**	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	**TOUSSIROT**	THÉRAPEUTIQUE
M.	Antoine	**TRACQUI**	MÉDECINE LÉGALE ET DROIT DE LA SANTÉ
Mme	Séverine	**VALMARY-DEGANO**	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
M.	Pierre	**VANDEL**	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Lionel	**VAN MALDERGEM**	GÉNÉTIQUE
Mme	Rachel	**VIEUX**	PÉDIATRIE
M.	Fabrice	**VUILLIER**	ANATOMIE
M.	Daniel	**WENDLING**	RHUMATOLOGIE
Mme	Virginie	**WESTEEL-KAULEK**	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Paul	BIZOUARD	PÉDOPSYCHIATRIE
M.	Jean-François	BOSSET	RADIOTHÉRAPIE
M.	Jean-Claude	CHOBAUT	O.R.L.
M.	Robert	MAILLET	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Georges	MANTION	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Yves	TROPET	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE
Mme	Dominique	VUITTON	IMMUNOLOGIE

MAITRES DE CONFÉ RENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	Clotilde	AMIOT	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Sébastien	AUBRY	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Jamal	BAMOULID	IMMUNOLOGIE
Mme	Anne-Pauline	BELLANGER	PARASITOLOGIE
Mme	Djamila	BENNABI	PSYCHIATRIE d'ADULTES
Mme	Sophie	BOROT	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Mme	Malika	BOUHADDI	PHYSIOLOGIE
M.	Alain	COAQUETTE	VIROLOGIE
Mme	Elsa	CURTIT	CANCÉROLOGIE
M.	Benoît	CYPRIANI	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M.	Pierre	DECAVEL	MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION
Mme	Katy	JEANNOT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Daniel	LEPAGE	ANATOMIE
M.	Eloi	MAGNIN	NEUROLOGIE
Mme	Elisabeth	MEDEIROS	NEUROLOGIE
M.	Christian	MOUSSARD	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrice	MURET	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Fabien	PELLETIER	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Gaël	PITON	RÉANIMATION
Mme	Anaïs	POTRON	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Clément	PRATI	RHUMATOLOGIE
M.	Antoine	THIERY-VUILLEMIN	CANCÉROLOGIE
M.	Jean-Pierre	WOLF-BERTHELAY	PHYSIOLOGIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Régis	AUBRY	PR associé THÉRAPEUTIQUE
M.	Rémi	BARDET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	François	DUMEL	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Jean-Michel	PERROT	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Benoit	DINET	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Pascal	JORDAN	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thierry	LEPETZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	José-Philippe	MORENO	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE

PHARMACIE

PROFESSEURS

M.	Xavier	BERTRAND	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme	Céline	DEMOUGEOT	PHARMACOLOGIE
Mme	Francine	GARNACHE-OTTOU	HÉMATOLOGIE
Mme	Corine	GIRARD-THERNIER	PHARMACOGNOSIE
M.	Frédéric	GRENOUILLET	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	GUILLAUME	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Samuel	LIMAT	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Dominique	MEILLET	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme	Laurence	NICOD	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	REFOUVELET	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
Mme	Lysiane	RICHERT	TOXICOLOGIE
M.	Philippe	SAAS	IMMUNOLOGIE
Mme	Estelle	SEILLES	IMMUNOLOGIE
Mme	Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI	PHARMACIE CLINIQUE

PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Alain	BERTHELOT	PHYSIOLOGIE
Mme	Françoise	BÉVALOT	PHARMACOGNOSIE
Mme	Mariette	MERCIER	BIOMATHÉMATIQUES ET BIOSTATISTIQUES

MAITRES DE CONFÉRENCES

Mme	Claire	ANDRE	CHIMIE ANALYTIQUE
Mme	Aurélie	BAGUET	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	BEDUNEAU	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	BERMONT	BIOCHIMIE
M.	Oleg	BLAGOSKLONOV	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Oxana	BLAGOSKLONOV	GÉNÉTIQUE
M.	Eric	CAVALLI	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
M.	Jean-Patrick	DASPET	BIOPHYSIQUE
Mme	Sylvie	DEVAUX	PHYSIOLOGIE
M.	Yann	GODET	IMMUNOLOGIE
M.	Lhassane	ISMAILI	CHIMIE ORGANIQUE
Mme	Isabelle	LASCOMBE	BIOCHIMIE / ISIFC
Mme	Carole	MIGUET ALFONSI	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	MORETTO	PHYSIOLOGIE
M.	Frédéric	MUYARD	PHARMACOGNOSIE
Mme	Virginie	NERICH	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	PELLEQUER	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Marc	PUDLO	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
Mme	Nathalie	RUDE	BIOMATHÉMATIQUES ET BIOSTATISTIQUES
Mme	Perle	TOTOSON	PHARMACOLOGIE

AUTRES ENSEIGNANTS

Mme	Lucie	BERNARD	PRAG ANGLAIS
Mme	Mylène	COSTER	PAST ANGLAIS
M.	Alain	DEVEVEY	MAITRE DE CONFERENCES EN PSYCHOLOGIE
Mme	Clémence	POROT	MCF ASSOCIE EN BIOPHYSIQUE
Mme	Florence	VAN LANDUYT	PAST PHARMACIE CLINIQUE – OFFICINE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bruno HEYD,
Vous m'avez fait le grand honneur d'accepter de présider mon jury. Veuillez trouver en ces mots l'expression de mon profond respect, et de ma reconnaissance pour l'attention que vous portez à mon travail.

A Monsieur le Docteur Jérôme COMBES,
Je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner tout au long de ce travail. Vos conseils avisés m'ont aidé dans l'élaboration de cette thèse. Soyez assuré de ma profonde considération.

A Madame le Docteur Sophie BOROT,
Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Je vous remercie pour l'attention que vous portez à mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Benoît DINET,
Je te remercie d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse, et de l'intérêt que tu portes à mon travail. Sois assuré de ma reconnaissance et de ma profonde estime.

A Monsieur le Docteur Jean WOLFARTH,
Tu me fais l'honneur de siéger dans mon jury et je t'en remercie. Tu m'as partagé ton expérience de la médecine générale, avec passion et compétence. Ces six mois m'ont beaucoup appris ! Trouve en ces mots l'expression de ma sincère amitié.

A ma famille

A mes Parents,
C'est grâce à vous que j'ai parcouru tout ce chemin... Merci pour votre précieux soutien et votre présence attentive durant toutes ces années de travail, pour ces valeurs que vous m'avez transmises et l'Amour que vous m'avez donné. Quelle chance et fierté d'être votre fille !

A mes frère et sœurs, que j'aime tant
A Carole, pour tous ces moments partagés, et ton soutien technique pendant ce travail…
A Jean-Baptiste, merci pour tes coups de main et ton humour de tous les repas ☺ !
A ma petite Juju, pour tous ces cours récités alors que c'était du chinois pour toi ! Tu m'as toujours encouragée ! Merci pour ta joie et ton humour !

A mes grands-parents : **Mamie, Papi, et Papi**
A Mamie.
Merci pour cette grande famille dans laquelle on se sent si bien!

A ma marraine Denise, à mon parrain Jean-Pierre
Pour votre dynamisme et votre humour
A Aline
Pour tes précieux bouquins de première année et tes petits post-it d'encouragements ! « Tout espoir n'est jamais vain »

A Olivier, mon futur mari
Pour ta patience et ton écoute à chaque instant.
Pour le bonheur que tu m'apportes tous les jours et cette vie que nous construisons ensemble, tu es précieux pour moi. Du fond de mon cœur, je t'aime.

A mes futurs beaux-parents
Pour votre accueil chaleureux dans la famille

Aux filles, pour notre solide amitié…
Asnath
Pour ta gentillesse et ton souci des autres, merci de veiller sur moi ! Tu comptes beaucoup pour moi.
Domi
Pour tes petites cartes réconfortantes et positives arrivant en surprise, merci pour tous ces petits bonheurs. Tu es une perle !
Héloise
Pour ton sourire, ta générosité, ta détermination. Merci pour tous ces instants de vie partagés ensemble, et d'avoir toujours été là ! Ton amitié m'est très précieuse.

Manue
Pour tes mille projets toujours en tête, ton soutien pendant ces années. Merci pour cette amitié si chère !
Maryse
Merci pour ta joie de vivre, tes anecdotes et ta compagnie si agréable. Ne change pas !
Marie claire
Pour les petits-déjeuners de reine les matins d'exams, et tous les instants à la coloc, du dur labeur à la vaisselle! Toute une déclinaison d'émotions partagées et une coloc en or toujours présente ! Merci pour cette belle et profonde amitié qui nous lie.
Nanou
Pour cette solide amitié qui ne cesse de grandir depuis les années lycée, Merci !

Et au reste de l'équipe : Olivier, Florian et Sylvain
Pour nos séances de rock endiablées, votre bonne humeur et vos expériences culinaires sans limite !

A Christine O.
On se voit peu mais je n'oublie pas… ton grain de folie et les pauses goûter à la coloc !
A Anouk
Pour tous les soutiens matinaux et vespéraux lors de notre semestre éprouvant !

A Camille et Monique,
Pour avoir veillé sur nous et nous avoir permis de tisser des liens solides entre nous.

A tous les médecins qui m'ont montré le chemin vers le médecin que je souhaite devenir et qui m'ont encouragée.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à ce projet. Merci de votre confiance et de vos confidences…

A Hélène
Pour ton coup de main et tes conseils éclairés durant ce travail.

Aux personnes rencontrées lors de mes différents stages qui m'ont fait partager leur amour de la médecine et leurs expériences et qui m'ont transmis une partie de leurs compétences.

Aux patients.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Sommaire

Sommaire 1

Liste des abréviations 3

I. Introduction 5

II. Revue bibliographique 7

III. Matériel et méthode 23

IV. Exposition des résultats 29

V. Discussion 83

VI. Conclusion 93

Annexes 97

Références bibliographiques 155

Table des matières 157

Liste des abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle ou BMI : Body Mass Index

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

ENNS : Etude Nationale Nutrition Santé

ESTEBAN : Etude de Santé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

USA : United States of America

HTA : Hypertension Artérielle

NASH : Stéato-Hépatite Non Alcoolique

DT2 : Diabète de Type 2

HAS : Haute Autorité de Santé

SAHOS : Syndrome d'Apnées Hypopnées Obstructives du Sommeil ou SAS

GVC : Gastrectomie Verticale Calibrée

GL : Gastrectomie Longitudinale ou sleeve gastrectomy

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

CP : Cours Préparatoire

PNNS : Programme National Nutrition Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

EOSS : Edmonton Obesity Staging System

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

I. Introduction

L'obésité est une maladie chronique d'évolution pandémique, et l'excès de poids concerne près de la moitié des Français en 2015 (1). C'est un problème majeur de santé publique. Ces deux dernières décennies, on observe une augmentation notable des gestes de chirurgie bariatrique dans de nombreux pays, dont la France, avec plus de 40 000 interventions par an en 2013 (2). Quelles sont les raisons d'un tel engouement pour la chirurgie bariatrique ?

Il est aujourd'hui démontré que les régimes, plus ou moins restrictifs, sont inefficaces à court terme et délétères à moyen terme (deux à trois ans). Par ailleurs, les différentes approches efficaces n'ont pas montré leur pérennité sur le long terme et la meilleure connaissance du métabolisme du tissu adipeux permet de mieux comprendre les limites de la perte de poids.

La chirurgie bariatrique, proposée depuis quelques années, est actuellement l'approche la plus efficace à moyen terme (cinq ans) dans la prise en charge de l'obésité sévère, ce qui explique l'enthousiasme actuel des patients atteints. Cependant, elle est encore mal connue, il existe de nombreux échecs et cette chirurgie génère de nouvelles comorbidités qui sont parfois invalidantes. Les médecins, confrontés à ces deux aspects, ont des perceptions différentes de la chirurgie bariatrique.

Notre travail a pour objectif de connaître les représentations que les médecins francs-comtois ont de la chirurgie bariatrique et des patients qui en bénéficient, ainsi que d'étudier si ces représentations influencent le soin.

II. Revue bibliographique

A. Obésité

Définition :

Si l'on se base sur la définition de la maladie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'obésité est une maladie, car elle altère le bien-être physique, psychologique et social des individus atteints.

Selon l'OMS (3), le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé.

En pratique, le statut pondéral est défini à partir de l'indice de masse corporelle (IMC, ou BMI : Body Mass Index). Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m2.

Chez l'adulte, le surpoids est défini par un IMC égal ou supérieur à 25 et l'obésité par un IMC égal ou supérieur à 30. L'obésité est subdivisée en 3 classes, détaillées dans le tableau 1 : obésité de classe I (modérée), II (sévère) et III (massive ou morbide).

Tableau 1: Définition et classification des obésités selon l'OMS

Insuffisance pondérale	< 18.5
Éventail normal	18.5 - 24.9
Surpoids	⩾ 25.0
Préobésité	25.0 - 29.9
Obésité	⩾ 30.0
Obésité, classe I	30.0 - 34.9
Obésité, classe II	35.0 - 39.9
Obésité, classe III	⩾ 40.0

L'IMC est devenu l'outil de mesure de l'obésité, privilégié dans le monde entier.

Son avantage est que l'échelle est la même quels que soient le sexe ou l'âge du sujet. Il permet donc une comparaison de populations.

Son inconvénient est qu'il donne une indication approximative car il ne correspond pas forcément au même degré d'adiposité d'un individu à l'autre. L'IMC ne permet pas la localisation de la masse grasse -qui peut être androïde (abdomen) ou gynoïde (fesses, hanches et cuisses)- alors que celle-ci conditionne en partie le risque pour la santé. Il ne permet pas le rapport entre masse grasse et masse maigre, qui change en fonction de l'âge. Il est adapté aux populations caucasiennes, et ne prend donc pas en compte les différences ethniques.

Pour les analyses individuelles, d'autres outils existent mais génèreraient des coûts, des moyens techniques et humains importants à l'échelle d'une population : les méthodes anthropométriques (mesure du périmètre abdominal, mesure du pli cutané), l'impédancemétrie bioélectrique, l'hydrodensitométrie et l'absorptiométrie biphotonique à rayon X (DEXA en anglais).

Epidémiologie:

D'après les estimations mondiales récentes de l'OMS, la prévalence de l'obésité a presque triplé au niveau mondial entre 1975 et 2016. Ainsi, l'obésité est devenue la première maladie non infectieuse de l'histoire de l'humanité, touchant aussi bien les populations des pays industrialisés que celles des pays en développement.

En 2016, 39% des adultes étaient en surpoids, soit plus de 1,9 milliard de personnes (39% des hommes et 40% des femmes). Sur ce total, plus de 650 millions étaient obèses, cela représentait environ 13% de la population adulte mondiale (11% des hommes et 15% des femmes). Outre ces chiffres, ceux qui interpellent sont ceux relatifs à l'obésité infantile dans le monde. Un peu plus de 18% des enfants et adolescents âgés de 5 à 19 ans étaient en surpoids ou obèses en 2016, contre 4% en 1975.

Cette incidence élevée s'accompagne d'une augmentation dramatique de la prévalence de nombreuses comorbidités (diabète, dyslipidémie, hypertension artérielle, syndrome d'apnée du sommeil, insuffisance cardiaque et infarctus, AVC, asthme, arthrose, cancers ou dépression) responsables d'une augmentation de la mortalité dans cette population. C'est un réel problème de santé publique. En effet, à l'échelle mondiale, il y a davantage de décès liés à l'excès pondéral qu'à l'insuffisance pondérale.

En France (1), en 2015, la prévalence de l'obésité chez l'adulte (hommes et femmes confondus) est estimée à 17%. Pour ce qui est du surpoids (obésité incluse), la prévalence est de 49% (54% des hommes et 44% des femmes).

La comparaison des données entre ENNS-2006 (étude nationale nutrition santé) et ESTEBAN-2015 (étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition) indique que ces chiffres restent stables. Ces données sont porteuses d'espoir, car il existait une nette progression de l'obésité dans notre pays depuis une trentaine d'années (prévalence à 6.1% en 1980).

Cependant, malgré cette stabilisation, ce problème d'excès pondéral concerne tout de même près de la moitié des français. Ces données confirment l'importance de cette pathologie nutritionnelle en termes de santé publique.

En Franche-Comté (4), en 1997, le taux de prévalence d'obésité était le plus faible de France, mais on note un fort taux d'augmentation même si cette dernière reste proche de la moyenne nationale avec une prévalence de 15,4% en 2012, d'après l'étude ObEpi.

Physiopathologie (5) :

L'obésité résulte d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques, qui aboutit à une inflation des réserves stockées dans le tissu adipeux, à l'origine de nombreuses complications.

Les modifications de l'alimentation et la réduction de l'activité physique jouent un rôle incontestable dans l'émergence récente de l'obésité. Mais ces facteurs influençant le bilan d'énergie, et donc le statut nutritionnel, ne suffisent pas pour expliquer l'augmentation de la fréquence de l'obésité, ni l'inégalité des individus vis-à-vis de la prise de poids : la prise de poids varie selon les personnes, alors qu'elles ont les mêmes modes de vie.

Une prédisposition génétique à la prise de poids peut rendre compte de ces différences de susceptibilité individuelle à l'obésité. Plusieurs équipes françaises de l'Inserm et du CNRS ont identifié de nombreux gènes impliqués dans la prise de poids, l'obésité sévère et/ou les complications de l'obésité.

Le rôle de l'environnement semble largement aussi important. Le stress, le sommeil, certains médicaments, des virus, la composition de la flore intestinale, l'exposition à des polluants sont vraisemblablement autant de facteurs à incriminer. Des expositions et des événements précoces ont manifestement leur importance, y compris ceux qui surviennent avant la naissance, voire avant la gestation. L'influence de l'alimentation maternelle sur la survenue de l'obésité est notamment analysée dans le cadre de l'étude Elfe.

L'obésité est une maladie des tissus adipeux, qui est constitué des adipocytes (pour un tiers) et d'autres cellules (deux tiers).

Les adipocytes stockent des réserves énergétiques sous la forme de lipides. Ils s'hypertrophient, et ont la capacité de recruter de nouveaux adipocytes. Ainsi, la masse du tissu peut s'accroître par l'augmentation du volume des adipocytes et par l'augmentation de leur nombre. Ce recrutement pourrait avoir lieu sous l'influence de certains nutriments, d'agents infectieux ou de polluants, de facteurs nerveux ou hormonaux.

Dans les deux tiers restants, on trouve des cellules souches, des lymphocytes, des macrophages, des cellules vasculaires, des terminaisons nerveuses etc. Le tissu adipeux reçoit des informations en provenance du cerveau et du tube digestif ; il est aussi capable de produire de nombreuses substances, les adipokines, qui sont autant de signaux qu'il adresse au système nerveux central, au foie, aux muscles, au cœur, aux vaisseaux, à l'intestin etc. Chez la personne atteinte d'obésité, ce dialogue entre le tissu adipeux et le reste de l'organisme est altéré avec une double conséquence : une dérive du poids difficile à contrôler et la survenue de complications hépatiques, cardiaques, respiratoires, articulaires etc.

L'inflammation du tissu conduit à de la fibrose, qui constitue un facteur de résistance à la perte de poids. Reste à comprendre ce qui déclenche l'infiltration du tissu adipeux par des cellules pro-inflammatoires et le bouleversement qui s'ensuit.

Un autre champ considérable de la recherche sur l'obésité vise à identifier les mécanismes qui conduisent le système nerveux central, en particulier l'hypothalamus, à ne plus être en mesure de freiner la prise alimentaire et d'augmenter la dépense énergétique face à un excès de masse grasse. Les neurosciences sont ici en première ligne.

Par ailleurs, les chercheurs s'intéressent au rôle de l'intestin, des hormones sécrétées par le tube digestif, et du microbiome intestinal dans les mécanismes conduisant à la prise de poids. Concernant ce dernier point, de récents travaux ont permis de mettre en évidence que la qualité de la flore intestinale peut être associée à une susceptibilité plus ou moins importante de développer des maladies métaboliques liées à l'obésité.

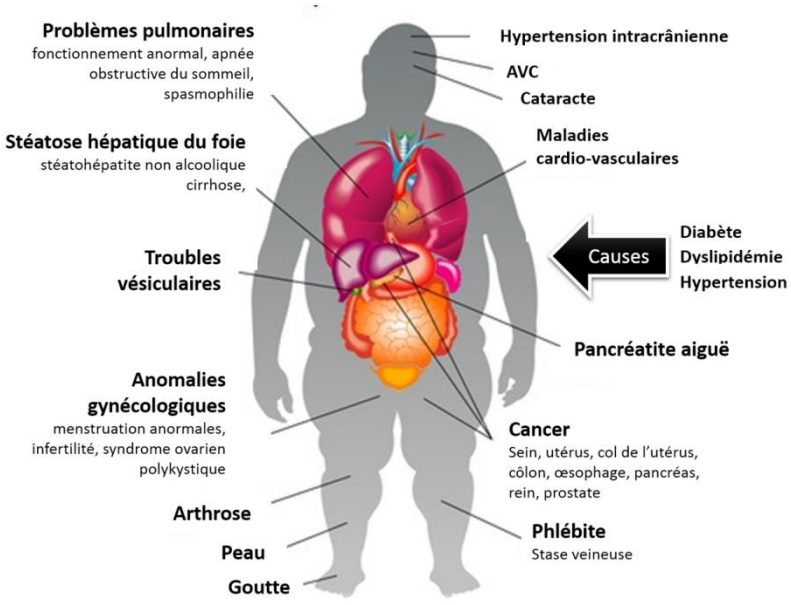
Enfin, l'obésité étant une source d'inégalité sociale de santé, les sciences humaines et sociales sont sollicitées pour comprendre les déterminants sociétaux (économiques, comportementaux, sociaux) de cette maladie de la transition économique qui touche plus particulièrement les personnes en situations de vulnérabilité.

Conséquences de l'obésité :

Le constat est triple (6) :

- D'un point de vue épidémiologique, l'obésité est la première épidémie non infectieuse planétaire, touchant une part croissante de la population de tous les pays. Des politiques de prévention et de prise en charge de cette épidémie d'obésité sont rendues nécessaires dans tous les pays et au niveau mondial.
- D'un point de vue social, le coût annuel de la prise en charge de l'obésité et des comorbidités est majeur (estimé à plus de 140 milliards de dollars par an aux USA) et l'augmentation de la population obèse et obèse morbide pose d'autres problèmes en terme d'infrastructures, d'adaptation des structures de soins et de prise en charge sociale.
- D'un point de vue médical, il est désormais clairement démontré une relation à la fois directe et indirecte entre obésité (et notamment l'obésité morbide (BMI > 40 kg / m²)) et une augmentation de morbidité et une mortalité prématurée. L'obésité, et notamment l'obésité androïde, est un facteur de risque en lien avec de nombreuses maladies (figure 1) telles que HTA, cardiopathie ischémique, diabète de type 2, dyslipidémies, syndrome d'apnées obstructives du sommeil mais également d'une augmentation de l'incidence de certains cancers comme le cancer colorectal et d'autres atteintes d'organe comme la stéato-hépatite (NASH) pouvant évoluer vers une authentique cirrhose ou les pathologies de reflux gastro-oesophagien (oesophagites, endo-brachy-oesophage, cancer de l'oesophage…).

Figure 1: Complications somatiques de l'obésité



Le traitement de l'obésité a quatre objectifs :

La prévention de la prise de poids, la stabilisation pondérale, le traitement des comorbidités et enfin la perte de poids. La stratégie thérapeutique doit être réaliste dans ses buts comme dans ses moyens. Une perte de poids modérée (5–10 %) est souvent suffisante pour atteindre ces objectifs. Le traitement diététique et l'augmentation de l'activité physique constituent la pierre angulaire de la prise en charge. (7)

B. Chirurgie bariatrique ou chirurgie de l'obésité

Définition :

Le terme vient de *baros* le poids et de *iatros* le traitement : opération ou intervention chirurgicale réalisée chez le patient obèse morbide ou obèse sévère avec comorbidités dans l'objectif d'assurer une perte de poids significative et durable et de réduire les différentes comorbidités liées à l'obésité.

Pourquoi une telle invention?

Pour une grande partie des patients obèses, les mesures thérapeutiques conservatrices, traitements médicamenteux compris, n'entraînent malheureusement pas les résultats souhaités à long terme.

Histoire de la chirurgie bariatrique (8)(9):

La chirurgie bariatrique est née grâce à l'audace d'une phalange de chirurgiens aussi inspirés que téméraires. Elle a été conçue pour obtenir une perte de poids importante et la plus durable possible.

Années 1950 : débuts de la chirurgie bariatrique, court-circuits (bypass) jéjuno-iléaux ou jéjuno-coliques. Elle crée une malabsorption, à l'origine de complications sévères.

A partir de 1967 : restriction gastrique, développée par Mason, bypass gastrique, qui sera amélioré à plusieurs reprises. Mieux tolérée.

A la fin des années 1970 : restriction, maldigestion, et malabsorption associée, imaginée par Scopinaro, dérivation bilio-pancréatique associée au bypass. Permet des pertes de poids considérables.

Depuis les années 1990 : la restriction gastrique par gastroplastie verticale calibrée ou par la mise en place d'anneaux gastriques ajustables, a popularisé la chirurgie bariatrique. Mais le bypass gastrique reste une valeur sûre, alors que la gastrectomie longitudinale (sleeve) connait actuellement une nette progression.

L'ensemble des interventions peut être réalisé par voie laparoscopique.

2007 : La chirurgie bariatrique est devenue le traitement de deuxième ligne dans l'obésité morbide et dans l'obésité sévère compliquée grâce aux améliorations techniques constantes qui l'ont simplifiée, sécurisée et codifiée, avec un rapport bénéfice/risque favorable.

La chirurgie bariatrique est aussi devenue le prélude d'une chirurgie métabolique prometteuse. Gageons que d'autres développements, fondés sur les connaissances de la régulation neuro-hormonale de la prise alimentaire et de la digestion, transcenderont cette chirurgie pour en faire un auxiliaire métabolique précieux.

La chirurgie métabolique a pour but de corriger une anomalie métabolique s'exprimant habituellement par une perturbation biologique, donc de traiter les pathologies qui sont associées à l'obésité.

Quelques dates :

- 1962 : réalisation d'un court-circuit (bypass) iléal partiel pour obtenir la correction d'une hypercholestérolémie.
- 1990 : Program on the Surgical Control of the Hyperlipidemias (POSCH) : étude prospective d'intervention utilisant le bypass iléal partiel chez des coronariens hypercholestérolémiques, et confirmation de la théorie lipidique de l'athérogenèse.
- 1992 : description de la rémission précoce du diabète de type 2 (DT2) après un bypass gastrique avec anse montée selon Roux (Roux-en-Y gastric bypass, RYGBP).
- 2004 : obtention d'une rémission diabétique sur un modèle expérimental de DT2.
- 2012 : démonstration de la supériorité de la chirurgie métabolique sur le traitement conventionnel du DT2 chez des sujets obèses.

Au cours des dernières décennies, la chirurgie bariatrique s'est révélée être une thérapie efficace et durable dans le traitement de l'obésité et des maladies qui y sont associées. (10)

Cependant, les résultats indéniables de la chirurgie bariatrique ne doivent pas nous faire oublier que l'approche chirurgicale n'est pas dénuée de risques. (11).

Une pratique encadrée (12) :

En 2009, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis un ensemble de recommandations concernant la prise en charge chirurgicale de l'adulte atteint d'obésité dans le document : « Obésité : prise en charge chirurgicale de l'adulte »

La prise en charge des patients dans le cadre de la chirurgie bariatrique doit être réalisée au sein d'équipes pluridisciplinaires, en liaison avec le médecin traitant, avec un projet personnalisé pour le patient. La décision d'intervention est prise à l'issue d'une discussion et d'une concertation de l'équipe pluridisciplinaire, composée au minimum d'un chirurgien, d'un médecin spécialiste de l'obésité (nutritionniste, endocrinologue, interniste), d'une diététicienne, d'un psychiatre ou d'un psychologue et d'un anesthésiste-réanimateur.

Les indications à la chirurgie bariatrique en France ont été éditées par la HAS et correspondent aux conditions de remboursement des actes de chirurgie bariatrique.

Conditions requises pour bénéficier de la chirurgie bariatrique :

- patients avec un IMC ≥40 kg/m² ou bien avec un IMC ≥35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (notamment hypertension artérielle, syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéato-hépatite non alcoolique)
- en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois
- en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids
- patients bien informés au préalable, ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires
- patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme
- risque opératoire acceptable

Les contre-indications de la chirurgie bariatrique sont représentées par :

- les troubles cognitifs ou mentaux sévères ;
- les troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire ;
- l'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé ;
- la dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives licites et illicites ;
- l'absence de prise en charge médicale préalable identifiée ;
- les maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme ;
- les contre-indications à l'anesthésie générale.

Deux grands types d'interventions :

- Techniques avec restriction gastrique exclusive (figure 2): elles permettent de diminuer l'ingestion alimentaire par réduction de la capacité gastrique sans malabsorption :
  - l'anneau gastrique ajustable,
  - la gastrectomie verticale calibrée (GVC), qui n'est quasiment plus pratiquée ;
  - la gastrectomie longitudinale (GL) ou sleeve gastrectomy ou gastrectomie en manchon

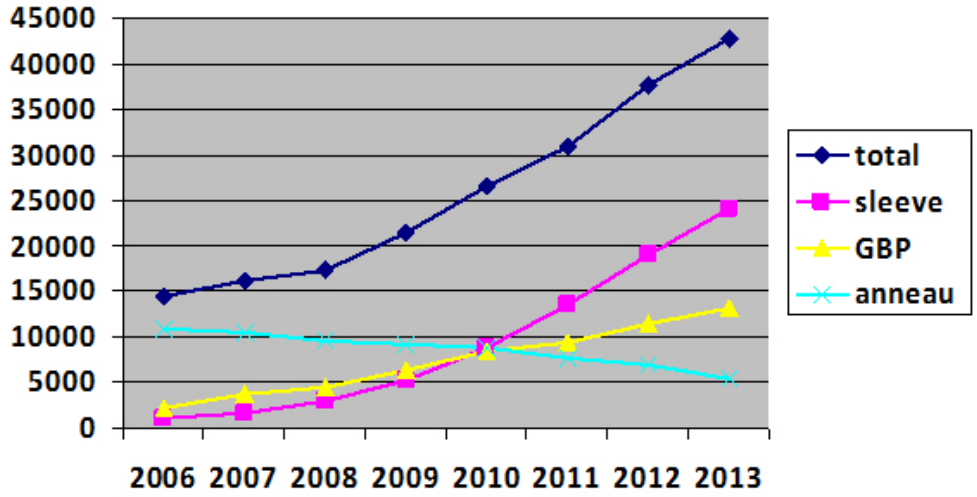
Figure 2: Présentation des techniques restrictives

- Techniques mixtes (figure 3), qui associent restriction gastrique et malabsorption intestinale par la création d'un court-circuit ou d'une dérivation :
  - bypass gastrique, ou court-circuit gastrique ;
  - dérivation biliopancréatique

Figure 3:Présentation des techniques mixtes

Sur le plan épidémiologique, en 2013, 42 815 interventions de chirurgie bariatrique ont été pratiquées en France (selon la Caisse Nationale d'Assurance Maladie), chiffre qui a triplé en sept ans (2), comme nous le montre la figure 4.

Figure 4: Tendances temporelles des actes de chirurgie bariatrique, par type d'actes, de 2006 à 2013, en France



Concernant les résultats (13) :

Il existe une perte de poids importante des patients, avec une perte d'excès pondéral en moyenne de 74,1 % pour la sleeve et de 71 % pour le by-pass, pour un suivi moyen à 3 ans et 5 mois.

La qualité de vie globale est nettement améliorée mais l'impact sur le bien-être alimentaire et le comportement sont plus nuancés. Le taux de complications et carences confirme une faible fréquence, même si les conséquences peuvent être importantes. La chirurgie réparatrice a une place essentielle après la perte de poids puisqu'un tiers des patients y ont recours.

Même si le résultat est globalement positif, seuls 50 % des patients maintiennent le suivi au-delà de 3 ans après l'intervention. Il existe donc un nombre important de perdus de vue.

C. Les représentations :

Quelques éléments de définition (14) (15) (16) (17) :

Le concept de représentations sociales constitue l'un des fondements de la psychologie sociale, mais aussi de la sociologie.

Les représentations sociales sont des images mentales d'un objet ou d'un être. Elles ne sont pas une reproduction exacte du monde environnant mais une construction cognitive.

C'est une manière de penser, de s'approprier, d'interpréter notre réalité quotidienne et notre rapport au monde.

Elles désignent une forme de connaissance sociale, la pensée du sens commun, socialement élaborée et partagée par les membres d'un même ensemble social ou culturel.

Ce sont des constructions mentales déterminées par des structures psychiques et socio-culturelles : elles sont dépendantes de l'imagination d'un sujet mais dans un contexte culturel déterminé, renvoient à un imaginaire culturel, donc sont variables selon les sujets et les cultures.

Elles permettent aux membres d'un groupe de penser, de se représenter le monde environnant, d'orienter et d'organiser les comportements, souvent en prescrivant ou en interdisant des objets ou des pratiques.

Elles sont, en partie, à l'origine des clichés, des stéréotypes ou des croyances. Elles sont un fondement des relations interindividuelles, car, chez chacun, avant même toute interaction, l'autre éveille des images, des idées, des pensées.

D'après le Petit Robert, un stéréotype est une opinion toute faite, figée, réduisant les singularités.

Ceci peut aboutir à un phénomène de stigmatisation, considéré par E.Goffman comme un processus de discréditation qui touche un individu considéré comme « anormal » ou « déviant ». C'est au cours d'interactions sociales que le label de « déviant » est attribué à un individu par d'autres individus, supposés « normaux ».

J. Dargent note le rapprochement entre obésité et un vocabulaire qui relève de notions le plus souvent d'ordre moral : la compulsion, la jovialité, la paresse et le vice mais aussi la démesure. Selon ses termes «Comme tout déviant physique ou physiologique, la réaction qu'il suscite n'est pas que bienveillance». (18)

Ce processus a ainsi conduit à l'apparition de la « lipophobie » dès la fin du XIX siècle, où l'on passa « de l'embonpoint au mal-en-point », selon l'expression du sociologue Claude Fischler (1990).

Quelques exemples de représentations :

- Les représentations que nous nous faisons de la grippe A (tributaires des médias, donc des relais culturels).
- Les représentations de la maladie mentale.
- Les représentations des rôles sociaux des femmes et des hommes dans la société
- Les représentations sociales ont une forte dimension culturelle : en Inde, par exemple, une veuve est considérée comme une femme qui porte malheur, aucun homme ne l'épousera plus et elle est marginalisée, mise à l'écart de la vie sociale, quel que soit son âge…

Les fonctions des représentations sociales :

- Des fonctions cognitives :

Elles permettent aux individus d'intégrer des données nouvelles à leurs cadres de pensée, comme dans la psychanalyse (Moscovici).

Ces connaissances ou ces idées neuves sont diffusées plus particulièrement par certaines catégories sociales : les journalistes, les politiques, les médecins, les formateurs…

- Des fonctions d'interprétation et de construction de la réalité :

Elles sont une manière de penser et d'interpréter le monde et la vie quotidienne. Les valeurs et le contexte dans lequel elles s'élaborent ont une incidence sur la construction de la réalité. Il existe toujours une part de création individuelle ou collective dans les représentations. C'est pourquoi elles ne sont pas figées, même si elles évoluent lentement.

- Des fonctions d'orientation des conduites et des comportements :

Elles sont porteuses de sens, elles créent du lien ; en cela, elles ont une fonction sociale. Elles aident les gens à communiquer, à se diriger dans leur environnement et à agir. Elles engendrent donc des attitudes, des opinions et des comportements.

Les représentations sociales ont aussi un aspect prescriptif : " Elles définissent ce qui est licite, tolérable ou inacceptable dans un contexte social donné."

- Des fonctions identitaires :

Elles situent les individus et les groupes dans le champ social et permettent l'élaboration d'une identité sociale et personnelle gratifiante, c'est-à-dire compatible avec des systèmes de normes et de valeurs socialement et historiquement déterminés.

Jodelet parle d'affiliation sociale : " Partager une idée, un langage, c'est aussi affirmer un lien social et une identité. "

- Des fonctions de justification des pratiques :

Elles concernent particulièrement les relations entre groupes et les représentations que chaque groupe va se faire de l'autre groupe, justifiant *a posteriori* des prises de position et des comportements.

Selon Abric, il s'agit d'un "nouveau rôle des représentations : celui du maintien ou du renforcement de la position sociale du groupe concerné."

Si l'on en donne une définition plus schématique, les représentations sont des constructions psychiques élaborées pour approcher le réel, le monde vivant qui nous entoure, constitué d'objets et de personnes. Elles sont mises en place très tôt dans la vie, durant l'enfance, de façon très naturelle, si bien que tout un chacun possède ses propres représentations.

Ce qu'il est important de noter, c'est l'évolutivité de ces représentations : elles constituent quelque chose d'établi mais elles ont la capacité de se modifier au gré des expériences, au gré des rencontres. Cette sorte de plasticité va nous permettre d'envisager une modification de ces représentations, car elles peuvent avoir un impact variable (potentiellement négatif) sur nos relations à l'autre et au monde.

Voici un exemple pour illustrer cette notion : le jeune enfant, fasciné par le feu dans la cheminée, cessera d'être attiré par cela après s'être brûlé le doigt et avoir souffert quelques heures durant. Cette expérience négative a sans doute plus de portée que toutes les recommandations orales que ses parents peuvent lui adresser. Il ne verra plus le feu du même œil, son expérience aura fait changer sa représentation de cet élément.

- **Par le biais d'une revue de la littérature, nous allons nous intéresser aux représentations que les soignants ont du patient obèse, ainsi qu'à leur impact sur le soin.**

  Ensuite, nous nous intéresserons aux représentations que les médecins ont de la chirurgie bariatrique et des patients qui en bénéficient, ainsi que leur impact sur le soin. Ce sera l'objet de notre étude.

La société actuelle nous pousse à être maitre de tout, de notre jeunesse, de notre santé, de notre apparence, avec une forte pression de la part des médias, notamment celle de la publicité. Dans notre société, où l'idéal de minceur est omniprésent, l'image du corps obèse se trouve altérée. Elle ne correspond pas à cet idéal, et la personne obèse est perçue comme un individu qui n'est pas conforme aux attentes de la société, et qui manque de maitrise sur son propre corps. La personne obèse est alors rendue responsable, coupable de sa condition, et elle est très souvent stigmatisée.

- La première question que nous pouvons nous poser est celle-ci : **les médecins ont-ils les mêmes représentations que la population générale ?**

Schématiquement, le soignant a deux casquettes : celle de l'individu appartenant à une population générale à un instant T, et celle de l'individu appartenant à la population des soignants. On peut donc aisément comprendre qu'il est porteur de deux mondes de représentations, chacun revêtant encore des aspects collectifs et individuels. (19)

Les représentations sociales sont majoritairement négatives à l'endroit des personnes obèses. Pourquoi les soignants penseraient-ils différemment de la majeure partie de la population ?

Une étude de 2014 montre que les représentations de l'obésité par les médecins généralistes de Paris semblent s'inscrire dans les représentations sociales dominantes actuelles du corps gros. Comme la population générale, ils semblent stigmatiser les personnes obèses. (20)

D'autres travaux ont montré une réaction négative envers les personnes obèses à l'origine d'une discrimination, tout comme d'autres conditions, telles que les maladies mentales, le cancer, le SIDA, etc. (21)

C.Grangeard (2007), psychanalyste travaillant sur l'obésité, pense qu' « Il n'y a aucune raison pour que les médecins soient autrement orientés que la majeure partie d'une population à un temps T. […] Il est particulièrement compliqué de s'extraire du climat socioculturel dans lequel nous baignons tous. »

- **Les médecins, comme les autres, sont donc soumis à ce système de représentations. Les représentations déterminent, en partie, la nature des relations thérapeutiques.**

- Ainsi, nous pouvons aborder la seconde question : **quelles sont les représentations que les soignants ont du patient obèse et quel est leur impact sur le soin ?**

Lors d'une relation de soin, c'est la rencontre de plusieurs acteurs, ayant chacun ses représentations. Elle fait intervenir ses propres représentations, mais aussi les représentations attribuées à l'autre.

Pour le soignant, il s'avère que les représentations professionnelles sont aussi chargées. Le patient obèse est un patient difficile, un échec annoncé, grevé d'une grande morbidité, pour lequel il est difficile de réaliser les examens cliniques et paracliniques. Et sur le plan individuel, nous sommes aussi porteurs de représentations, personnelles, qui se sont constituées par notre vécu, nos expériences antérieures, notre formation, notre expérience professionnelle, toujours unique. (19)

Il est important de distinguer ce qui relève de nos représentations et préjugés de la notion de contre-transfert. (22) Les préjugés s'expriment envers une catégorie (caractère collectif), alors que le contre-transfert concerne la personne dans sa singularité. Là encore, le soignant n'est pas épargné, il n'est pas neutre dans sa relation à l'autre.

Un travail a montré les différents champs par lesquels passent les représentations : l'influence de l'image corporelle, des odeurs corporelles, les difficultés techniques lors de l'examen clinique etc. Chez les médecins, il existe une dichotomie dans la représentation de la personnalité de l'obèse et de son vécu corporel. D'une part, il y a « l'obèse » qui a une mauvaise image de son corps avec la souffrance et le malaise psychologique qui en résultent. D'autre part, il y a « l'obèse » acceptant son corps, un obèse bon vivant qui aime bien manger, et profiter des bonnes choses. (20)

Une étude, menée en 2017 (14), a montré les différences de représentations entre soignants et soignés. Les représentations du poids varient chez les patients en fonction de leur corpulence, genre, âge, milieu social, voire même de leur définition de la surcharge pondérale. De même, en fonction de la spécialité du soignant, la façon d'appréhender l'obésité n'est pas la même : les endocrinologues et diététiciens insistent davantage sur la responsabilité du patient, alors que les médecins généralistes et psychologues davantage sur la dimension sociale.

Lors de l'observation des représentations individuelles et attribuées dans la prise en charge de l'obésité au sein de triades patient-soignant-famille en Belgique en 2015 (23), des représentations concordantes ou discordantes sont mises en lumière, avec de nombreux non-dits, pouvant influencer la relation de soin, pouvant même aboutir à une rupture de la relation thérapeutique. Par exemple, les soignants ont une représentation essentiellement biomédicale de l'obésité (nécessitant principalement des conseils hygiéno-diététiques), bien que certains soupçonnent l'existence d'impact non négligeable venant de la sphère psychosociale. Les patients et la plupart des familles, quant à eux, perçoivent l'obésité davantage comme une contrainte ayant des répercussions dans différents domaines de la vie.

Dans une autre étude, la plupart des médecins imputent la responsabilité des problèmes de poids et de leur amélioration aux patients : dans la survenue de l'obésité, ils attribuent un rôle prédominant aux facteurs « contrôlables » par le malade (alimentation, activité physique) et moins important aux facteurs « non contrôlables » (stress, chômage). Au contraire, les patients attribuent davantage les problèmes de poids à des facteurs non contrôlables (problèmes hormonaux par exemple) et attendent beaucoup de leur médecin. (24)

Ou encore, les médecins peuvent penser que le patient obèse attend une aide technique dans la prise en charge de leur obésité, alors qu'il est demandeur de solutions relationnelles… Ceci illustre le décalage possible entre les attentes réelles des patients et celles que leurs attribuent leur médecin (25) Autre exemple : si le patient pense que son médecin est contre un type de prise en charge, à quoi bon lui en parler ?

De nombreux auteurs font le constat d'un manque de partage de représentations entre les différents acteurs : c'est un peu comme si le médecin et le patient n'étaient pas sur la même longueur d'onde. Ceci retentit sur la relation de soin et la prise en charge, d'un côté comme de l'autre, qui est totalement inefficace voire contreproductive. Le soignant éprouve une insatisfaction professionnelle, se plaint d'un manque de formation, de n'être pas suffisamment reconnu pour son travail et peut décider de ne plus prendre en charge de patients obèses. (14) De son côté, le patient obèse est discriminé, stigmatisé et peut être amené à refuser de consulter, entrainant possiblement une aggravation de ses complications. (26)

Sur le plan pratique, en 2006, les médecins généralistes pensent qu'ils ont un rôle et des responsabilités très importantes dans la prise en charge de l'obésité. Cependant, ils sont sceptiques quant à l'efficacité de leur prise en charge. Ils expriment une frustration majeure en cas d'échec et une insatisfaction, qu'ils rapportent à un manque d'observance des patients obèses et à des objectifs irréalistes. Cela confirme leur vision négative de l'obésité, qui est considérée comme une inconduite… Ils pensent que les leviers les plus importants sont les conseils concernant les habitudes alimentaires et l'activité physique. Cependant, ils n'adressent que très peu leurs patients obèses vers des diététiciennes ou nutritionnistes, et préfèrent pouvoir assurer la prise en charge eux-mêmes. Ils sont demandeurs d'une formation. On peut se demander si leur représentation de l'obésité n'est celle d'une maladie à court terme, car ils ont tendance à prescrire des traitements médicamenteux (même s'ils pensent qu'ils sont inefficaces), et non à envisager une prise en charge multidisciplinaire. (27)

Beaucoup d'études s'accordent à dire que « connaitre nos représentations permet de travailler en toute conscience de nos manifestations de contre-transfert. Et de pouvoir ainsi s'interroger dans les difficultés rencontrées sur ce qui est de soi et ce qui est du patient » (22), et qu'il est important de mettre en œuvre des techniques d'éducation thérapeutique où le patient est au centre de la prise en charge, singulièrement, de comprendre ses représentations (via l'entretien motivationnel) pour construire un modèle de soin approprié et personnalisé. C'est une piste qui permettrait de réduire les échecs répétés qui ne font qu'accentuer les représentations péjoratives.

- Enfin, la troisième question : **Quelles sont les représentations que les médecins ont de la chirurgie bariatrique et des patients qui en bénéficient, ainsi que leur impact sur le soin ?**

Nous n'avons trouvé que très peu de références se rapportant à ce sujet.

Une étude de 2009, réalisée avant l'élaboration des recommandations de la HAS, montre que les médecins généralistes sont dans l'ensemble favorables au gastric bypass avant d'en avoir une

quelconque expérience, et, qu'ils y sont encore plus favorables après. Ils sont tout à fait conscients des effets positifs que peut avoir une telle chirurgie sur la morbi-mortalité. D'autre part, ils ne souhaitent pas être décisionnaires de l'indication opératoire mais estiment que, de par la connaissance qu'ils ont de leurs patients, ils possèdent des éléments importants à partager avec les spécialistes. Suite à cela, les RCP (Réunions de Concertation Pluridisciplinaires) ont été mises en place, et les médecins généralistes conviés.

En 2007, une étude américaine constate que malgré les résultats positifs de la chirurgie bariatrique, les médecins (généralistes et spécialistes) ne recommandent que rarement la chirurgie bariatrique à leurs patients atteints d'obésité morbide : seulement 15.4% sont orientés vers la chirurgie.(28) Ceci intervient malgré la publication de résultats montrant une perte de poids efficace, avec un risque comparable à celui d'autres procédures chirurgicales et une résolution ou une amélioration des comorbidités dans 70-85% des cas. Cette étude souligne la réticence des médecins à orienter les patients vers la chirurgie bariatrique.

On peut donc s'interroger sur les raisons d'une telle différence entre les connaissances théoriques des médecins et leur attitude pratique.

D'après une étude réalisée en 2012, les représentations de la chirurgie bariatrique chez les médecins généralistes sont les suivantes : (29)

- L'orientation vers la chirurgie bariatrique se fait selon les critères d'IMC, en cas d'échec des régimes et tentatives antérieures, en cas de comorbidités, à la demande du patient.
- Elle ne doit pas être une solution de facilité
- Ils considèrent l'obésité comme une maladie chronique, et non comme un défaut. Cependant, leur empathie est mitigée.
- Ils donnent plutôt des qualificatifs négatifs : « dernier recours », « dangereux », « irréversible », « mutilant ». Pour eux, ce n'est pas le moyen le plus efficace pour soigner l'obésité, qui serait davantage celui d'un régime approprié et d'une activité physique.
- Ils sont plutôt favorables à une prise en charge par la Sécurité Sociale mais ils sont mitigés
- Ils auraient recours à la chirurgie bariatrique pour un proche, mais pas pour eux-mêmes
- Ils pensent que la technique est peu connue et qu'elle est trop souvent proposée aux personnes obèses
- Ils disent que la chirurgie bariatrique fait souvent courir un risque inutile au patient
- Ils considèrent que leur rôle est essentiel dans la prise en charge de l'obésité. Ils disent manquer de connaissances mais ne se disent pas intéressés par une formation proposée

➢ Ces recherches ont donc permis de nourrir notre réflexion, qui va se poursuivre dans le but d'apporter une réponse à notre problématique : étudier les **représentations que les médecins ont de la chirurgie bariatrique et des patients qui en bénéficient, ainsi que leur impact sur le soin.**

III. Matériel et méthode

A. Type d'étude : recherche qualitative

Pour notre étude, nous avons choisi de suivre une démarche qualitative avec la réalisation d'entretiens semi-dirigés.

C'est une méthode de recherche utilisée pour étudier un sujet pour lequel il n'existe pas ou peu de ressources bibliographiques. Elle n'apporte aucune preuve en matière de prévalence, de prédiction, de causes, d'effets ou de résultats, contrairement aux études quantitatives, qui font intervenir les statistiques. Ses conclusions ne peuvent être généralisées car l'échantillonnage n'est pas le pur fruit du hasard. Elle permet d'explorer des éléments très subjectifs chez les personnes interrogées, comme leurs émotions, leur ressenti, ainsi que leurs comportements et leur vécu. Les personnes interrogées ont le droit de s'exprimer librement, ce qui ne serait pas possible avec l'utilisation d'un questionnaire standardisé. Ainsi, cette démarche peut aider à comprendre des phénomènes particuliers, et à mieux comprendre le fonctionnement des interactions entre les personnes. Un de ses avantages est de laisser émerger des thèmes inattendus et qui seraient peut-être restés dans l'ombre avec une démarche quantitative.

Ainsi, la méthode qualitative nous a semblé la plus adaptée pour répondre à nos interrogations au sujet des représentations que les médecins ont de la chirurgie bariatrique, ainsi que l'impact que ces représentations peuvent avoir sur le soin.

B. Population étudiée et constitution de l'échantillon

Nous avons rencontré des médecins, hommes ou femmes, généralistes et spécialistes de diverses spécialités (dont des chirurgiens), faisant ou non partie du réseau de prise en charge de la chirurgie bariatrique, prescripteurs, exerçant en Franche-Comté, dans les quatre départements. Il s'agit uniquement de médecins installés, mais avec des anciennetés différentes. Leur mode d'exercice est urbain, semi-rural ou rural, libéral (en cabinet seul, de groupe, en maison de santé, en clinique) ou salarié à l'hôpital.

Le recrutement s'est effectué durant la période du 14 août 2017 au 17 octobre 2017, à l'aide de l'annuaire téléphonique. L'objectif est que l'échantillon corresponde à la plus grande diversité. Afin d'obtenir leur accord, les médecins ont ensuite été contactés par téléphone, voire par mail si leur secrétaire trouvait cela nécessaire. Les médecins interrogés ont donc participé sur la base du volontariat. Ils ont été informés de la durée prévisible de l'entretien, à savoir entre 30 minutes et une heure, en fonction de leur disponibilité.

Pour réaliser une enquête qualitative, le nombre d'entretiens nécessaires ne se calcule pas en amont. Le recrutement des médecins généralistes s'est poursuivi au fur et à mesure des entretiens jusqu'à ce que ceux-ci ne produisent plus d'idées nouvelles pouvant améliorer la compréhension du phénomène étudié (principe de la saturation théorique). Dans notre étude, la saturation théorique a été obtenue après 14 entretiens.

L'échantillon est donc constitué de 14 médecins, dont 4 médecins généralistes, 4 médecins spécialistes non membres du réseau de chirurgie bariatrique et 6 médecins membres du réseau.

Les caractéristiques de l'échantillon ont été collectées grâce à un questionnaire sociodémographique en fin d'entretien et consignées dans le tableau 2.

Tableau 2: Caractéristiques de la population étudiée

N= 14 (%)	
Age (année)	
moyenne	52,3
âges extrêmes	35-69
Sexe	
femmes	5 (36%)
hommes	9 (64%)
Spécialité	
membre réseau de chirurgie bariatrique	6 (43%)
spécialiste hors réseau de CB	4 (28,5%)
médecin généraliste	4 (28,5%)
Type d'exercice	
libéral	7 (50%)
libéral et hospitalier	5 (36%)
hospitalier	2 (14%)
Secteur	
urbain	10 (71,5%)
semi-rural	1 (7%)
rural	3 (21,5%)
Département	
Doubs	8 (57%)
Jura	3 (22%)
Territoire de Belfort	2 (14%)
Haute-Saône	1 (7%)
Ancienneté	
<15 ans	4 (28%)
entre 15 et 30 ans	5 (36%)
> 30 ans	5 (36%)
Corpulence	
poids normal	8 (57%)
surpoids	5 (36%)
obésité	1 (7%)
Antécédent de problème de poids	
oui	9 (64%)
non	5 (36%)

Concernant les médecins généralistes, nous avons contacté 12 médecins. Parmi eux, cinq médecins ont accepté de participer à l'étude mais l'un d'eux a annulé le rendez-vous pour raison de santé. Un médecin a refusé à cause de sa pathologie chronique, un médecin a refusé à cause de son emploi du temps trop chargé, un médecin n'a pas donné de réponse malgré une relance, trois médecins ne nous ont pas recontacté suite au message laissé à leur secrétaire car *a priori* ils n'étaient pas intéressés et un médecin a initialement accepté puis s'est dédit au moment de prendre rendez-vous pour l'entretien car il n'était, finalement pas intéressé. Sur le nombre total de médecins généralistes contactés, 41 % d'entre eux ont été motivés pour participer à l'étude, et finalement 33 % ont été interrogés.

Concernant les médecins spécialistes non membres du réseau de chirurgie bariatrique, nous avons contacté 7 médecins. Parmi eux, 4 médecins ont accepté de participer à l'étude, dont un médecin qui a donné une réponse positive par mail durant sa période de congés. Un médecin a refusé à cause de son emploi du temps chargé, un médecin a refusé mais nous a dirigé vers un confrère, un médecin a refusé par l'intermédiaire de sa secrétaire car « il ne participe pas à ce genre de choses ». Le dernier médecin contacté n'a jamais donné de réponse. Sur le nombre total de médecins spécialistes contactés, 57 % d'entre eux ont été motivés pour participer à l'étude et tous ont été interrogés.

Concernant les médecins spécialistes membres du réseau de chirurgie bariatrique, nous avons contacté 6 médecins. Tous ont accepté de participer à l'étude. Cela correspond à 100 % de médecins motivés pour participer à l'étude et interrogés.

C. Trame d'entretien et analyse

Élaboration de la trame d'entretien individuel semi-dirigé, validation et modifications

Après avoir fait une revue de la littérature via PubMed et dégagé les grandes idées, nous avons élaboré une première trame d'entretien semi-dirigé. Nous avons demandé l'aide d'un sociologue faisant partie d'une équipe ayant l'habitude de ce type de procédure. Nous avons testé cette trame sur deux premiers médecins, ce qui nous a permis de la valider et de la réajuster pour les participants suivants, en fonction des réponses données.

La trame d'entretien semi-dirigé est la suivante, les questions entre parenthèses étant les questions de relance :

« Merci d'avoir accepté cette discussion autour de l'obésité dans le cadre de ma thèse. Il me semble que ce sujet est d'actualité car on rencontre de plus en plus de personnes obèses autour de nous et dans notre activité au quotidien.

- Pour commencer, pouvez-vous me raconter un peu votre parcours professionnel ? (Pourquoi avoir choisi cette spécialité ? Qu'est-ce qui vous a amené à vous intéresser à soigner des personnes obèses ?)
- L'objet de ma thèse concerne l'obésité. Selon vous, qu'est-ce qui conduit une personne à devenir obèse ? Et si vous quittiez votre casquette de médecin, que diriez-vous ?

- Pouvez-vous donner trois mots pour qualifier une personne obèse ?
- Pourriez-vous me décrire comment se passe une consultation avec un patient obèse, du moment où vous allez le chercher en salle d'attente au moment où il quitte le cabinet ? (Que pouvez-vous leur proposer au cours de la consultation ? (non dit : consultation auprès d'un nutritionniste, diététicien, chirurgie bariatrique, etc…). Connaissez-vous des structures ou des réseaux pour orienter ces personnes pour un suivi de leur obésité ?)
- Comment voyez-vous la chirurgie bariatrique ? (Quels sont les avantages et les inconvénients de cette pratique ? Selon vous, existe-t-il des critères pour pouvoir bénéficier de la chirurgie bariatrique ?)
- Est-ce que vous suivez beaucoup de patients obèses qui vont avoir ou qui ont eu recours à la chirurgie bariatrique ? (Quel est votre regard sur un patient qui perd du poids sans opération et sur celui qui a recours à la chirurgie ? Qu'est-ce que ça fait changer dans votre pratique ?)
- Avez-vous des personnes obèses dans votre entourage ? (Comment les percevez-vous ?)
- Si vous, ou l'un de vos proches, aviez une obésité avec les critères d'indication de la chirurgie bariatrique, que décideriez-vous ? »

Puis l'enquêteur reformulait et synthétisait en reprenant les points phares pour réexplorer un axe ayant suscité une question par exemple.

<u>Déroulement pratique de l'entretien individuel semi-dirigé</u>

Les entretiens se déroulent dans le lieu choisi par le médecin interrogé, dans la majeure partie des cas, au cabinet. Certains médecins préfèrent que nous allions à leur domicile pour convenance personnelle, d'autres dans un café. Il s'agit à chaque fois d'un endroit calme et respectant la confidentialité. Les médecins interrogés ne sont pas rémunérés pour leur participation à l'étude. Chacun donne son consentement avant de débuter l'entretien. Nous donnons à chacun le thème de l'étude, sans énoncer clairement la problématique, dans le but de recueillir les données les plus spontanées possibles et d'éviter de biaiser les résultats.

Nous rappelons le caractère anonyme de la réponse et nous demandons l'autorisation d'enregistrer l'entretien avec un dictaphone et un téléphone portable via la fonction dictaphone. Les appareils sont posés en évidence sur le bureau entre les deux parties. Nous avons rencontré un médecin qui a refusé cet enregistrement, ce que nous avons bien-entendu respecté.

Tous les entretiens sont réalisés par le même enquêteur afin que tous soient réalisés de façon similaire, entre mi-août et début novembre 2017. La durée d'enregistrement se situe entre 21 et 82 minutes.

L'enquêteur devait garder le plus de neutralité possible et éviter d'imposer ses propres représentations. Ainsi, il devait toujours rester ouvert à l'émergence de nouveaux concepts et nouvelles hypothèses.

Notre trame d'entretien débute par une question d'approche, afin de rendre l'échange plus fluide avec le médecin interrogé. En fin d'entretien, nous avons décidé d'inclure un questionnaire sociodémographique pour mieux connaître notre échantillon. Toutes ces données sont anonymisées et collectées dans le tableau 2.

Méthode d'analyse des entretiens semi-dirigés

La retranscription des entretiens est réalisée au fur et à mesure de l'enregistrement des entretiens, de la manière la plus fidèle possible, mot pour mot, sans correction, ni reformulation, afin de faire entendre la voix des différents participants. Les verbatim recueillis ont été analysés et regroupés. L'analyse thématique a été menée comme suit :

- appréhension globale du contenu par plusieurs lectures attentives ;
- découpage du texte avec relevé systématique des citations et des thèmes auxquels les citations se rapportaient, à l'aide du logiciel de codage RQDA (R-Based Qualitative Data Analysis)
- classement des thèmes ;
- interprétation dégageant les concepts abordés et les opinions. (30)

Les pauses, les temps de réflexion ou les interruptions ont été notés. Les conditions de réalisation des entretiens ont été précisées : présence d'une tierce personne, intrusion dans la pièce, etc.

Sans en connaitre réellement l'utilité lors de la retranscription, il est écrit, à part, pour mémoire, les circonstances et le ressenti émanant de chacun de ces entretiens.

Les enregistrements audio ont été effacés dès la retranscription effectuée.

IV. Exposition des résultats

Notre étude s'articule autour de trois axes : les représentations que les médecins ont de la chirurgie bariatrique et des patients qui en bénéficient, ainsi que l'impact de ces représentations sur le soin.

- Nous avons vu précédemment, dans le chapitre abordant les représentations, que les médecins ont des représentations assez négatives et péjoratives à l'égard des personnes obèses, tout comme la population générale, et qu'ils expriment un malaise au contact des patients obèses. C'est également ce que nous retrouvons dans notre étude.

Nous avons mis en évidence, à travers nos entretiens, que certains facteurs semblent influencer ces représentations, d'une façon générale.

A. Facteurs principaux qui semblent influencer les représentations

Nous avons relevé :

a) La présence ou non de personnes obèses dans l'entourage des médecins et leur perception de celles-ci

- Les médecins qui ont des personnes obèses dans leur entourage sont **inquiets pour leur santé**. Ils rencontrent le **même problème qu'avec leurs patients pour aborder avec eux le problème du poids,** mais leur **regard est différent** (moins objectif, plus compréhensif) : ils sont mal-à-l'aise donc ils **préfèrent éviter d'en parler.**

M 6 : « […] après je suis peut-être un peu plus inquiète sur son avenir, … - Plus sur le plan de la santé ? - Ouais. »

M 12 : « Le rapport n'est pas le même, je n'ai pas la même casquette. »

M 7 : « Vous n'avez pas tout à fait le même regard que pour quelqu'un que vous allez soigner ? - Ouais. Parce que je les connais » et « Et, à un moment donné, elle avait bien maigri et je n'avais pas vu »

M 14 : « Vous leur parlez pas forcément du poids, d'une façon directe ? - Non, non. Parce que pour moi, si ce n'est pas eux qui en parlent, ça sert à rien de leur en parler. » et « Après c'est pas pour ça que je les conseille ou que je les engueule, ou que je leur dis « il faut pas faire ça,... ». »

M1 : « Ça change quelque chose. […] Alors je serais plutôt très sympa, tu vois, très avenant. Donc c'est pas neutre. »

M 1 : « [avec une collègue obèse] Je pouvais pas dire la même chose quand elle était là ou pas là, enfin tu vois ça devenait dingue. Ça devenait très torturant pour moi. »

M 2 : « Et comment est-ce que vous les percevez du coup ? - Les gens gros ? - Les gens plus corpulents dans votre entourage. - Je sais pas, c'est pas très corpulent. […] Chez nous, on est costauds. Mais euh non je n'ai pas de vrais obèses à 150 kg dans ma famille. J'ai que des, des costauds. »

M5 : « Je suis la première à faire des boulettes diététiques et puis à être trop sédentaire, donc euh… »

M 2 : « Et non j'ai pas de vision, euh, c'est leur vie après. Moi je juge pas. »

M 1 : « Euh dans les amis, euh je réfléchis…. Ben non. Par contre il y a des gens […] là y en a deux ou trois mais super sympas, avec qui on échange, mais ce ne sont pas des amis.- Plutôt des connaissances -Oui. Non, je n'ai pas de… C'est vrai ça, ça me pose question »

b) La perception du propre poids du médecin et vécu de sa corpulence

Dans notre étude, environ 64% des médecins déclarent avoir déjà eu des problèmes de poids et 50% des médecins ont actuellement un IMC supérieur à la normale. Ceci correspond à la même proportion que celle de la population générale.

- Tous décrivent un **vécu douloureux**, et pour la plupart **surveillent leur poids**. Ils attribuent cet excès de poids à des facteurs externes (grossesse, stress, travail, âge, manque d'activité physique, sevrage tabagique etc.) et, pour certains, **s'imaginer obèse est absolument impensable**.

M 11 : « j'avais peur de ne pas pouvoir les perdre », « c'est ma hantise d'en reprendre ».

M 6 : « J'ai jamais fait de régimes, euh voilà. Je fais attention à ce que je mange mais sans me limiter quoi. Je suis pas… »

M 1 : « […] je me dis « ah tiens, là tu as pris un coup de vieux, le petit bidon de la cinquantaine » ce genre de truc rigolo… et puis en fait. » « En fait, arrivé à un certain âge, je m'en fous un peu, nos proches sont proches et puis voilà. » [mais] «je me pèse quand même, je fais gaffe»

M 12 : « Est-ce qu'il y a une balance ? - Oui, il y en a une. (se lève et va monter sur la balance). - Quatre-vingt-un. »

M 5 : « Je me rends vraiment compte qu'il y a des inégalités euh… génétiques […] Ceci dit, je n'ai aucun mérite puisque dans la famille, tout le monde est maigre alors… bon voilà. »

*M 12 : « […] des remarques qui peuvent être blessante de la part de l'entourage. Qui sont sur le ton de l'amusement, mais qui au fond euh, ouais, qui en fait on se dit « mais M****, c'est effectivement blessant ! ». Et on se rend pas compte parce qu'on a tendance à plaisanter […] Et donc, du coup, quand on est de l'autre côté et que c'est perçu, c'est vrai que c'est désagréable, déstabilisant. »*

M 11 : Ce qui l'angoissait c'était de savoir « comment s'habiller », c'était « très vite trop petit », pareil pour se chausser avec les pieds. Et puis « pas possible de se couper les ongles des pieds, de se mettre du vernis, etc. ». »

M 12 : « Alors y a une fois où je courais […] c'est ridicule, y avait une petite pente, et je n'ai pas réussi à m'arrêter. (rires). Donc je me suis écrasé dans la haie de thuyas […] je m'étais fait un peu mal à la cheville »

M 10 : « […] C'est plutôt parce que j'avais un cholestérol un peu, un peu limite que j'ai dû faire gaffe à ce que je mangeais. Et du coup de faire des efforts ça m'est difficile... »

M 8 : « Et puis après on est un peu plus sollicité à des réceptions, manger, boire, on boit plus qu'avant, on mange des choses un peu plus consistantes etc. Voilà. »

M 10 : « Parce que c'était une période où je bossais beaucoup, je faisais moins de sport, je sais pas quoi. »

M 12 : « Oui, j'ai fait une couvade ! » »

M 9 : « Ben si j'en arrive à être là, ben je pense que je préfère me suicider, ouais. (rires, rire jaune…). […] J'ai pensé à avoir plein de maladies, mais pas celle-là ! J'y ai jamais pensé… […] C'est rigolo hein ? J'ai des barrières psychologiques »

c) La perception de son propre rôle en tant que médecin

Etre médecin, c'est adopter une ligne de conduite et respecter des principes inhérents à la profession et assumer son rôle.

- Le médecin voit **plusieurs rôles dans son métier** : créer une alliance thérapeutique, aider à prendre une décision éclairée, aborder le problème de poids et induire une prise de conscience chez le patient, soutenir le patient et son entourage, coordonner les soins et réaliser une prise en charge globale. Malgré tout, il **peut subir des échecs et essaie de relativiser**. Il a des **difficultés à se séparer de sa casquette médicale.**

M 1 : « Parce que mon souci c'est de créer une alliance thérapeutique d'abord. » et « L'objectif ce serait un peu d'aider le patient à cheminer sur quels sont les facteurs de cette obésité, finalement… - C'est ça »

M 5 : « On essaie de les aider, déjà de les écouter. »

M 1 : « On a un devoir d'information, d'échange d'accompagnement. […] Alors j'essaie toujours de peser, de faire peser au patient le pour et le contre, de mettre en évidence les choses qui sont, qui seraient positives, à quel prix, quels risques il y a. »

M 9 : « J'essaie de les sensibiliser quoi, avec mes gros sabots, comme j'ai l'habitude de faire quoi. Mais bon, entendre les choses aussi. […] Et je pense que c'est important de dire « vous voyez, vous êtes dans la zone obèse là ». Parce que ce mot il fait quand même quelque chose, quoi »

M 4 : « […] même si ils viennent juste ponctuellement pour un avis, euh, je leur dis quand même « faites attention parce que quand même, parlez-en… voyez votre médecin... ». Quand même essayer d'impulser quelque chose quoi. »

M 2 : « alors il faut essayer de les redynamiser, de leur redonner un projet de vie, de les accompagner. Voilà. »

M 1 : « Et mon accompagnement de toute façon restera un accompagnement dans le temps. […] Et l'accompagnement de l'individu lui-même et éventuellement de son entourage aussi. »

M 1 : « le médecin traitant, son rôle, prise en charge globale, le dossier, l'orientation si besoin, de façon générale, comment on travaille ici en équipe »

M 12 : « Et j'ai pas toujours de solutions, par exemple pour ce chauffeur de taxi, il est à son compte, il peut pas, alors il est diabétique, il a 9 % d'hémoglobine glyquée. Enfin je sais plus quoi faire […] »

M 1 : « On doit les aider à tendre vers ce que le patient a décidé de faire, pas toi, lui. Mais lui éclairé par toi. On a un devoir d'information d'échange etc. mais pas un devoir de résultat. C'est quoi le résultat ? C'est être heureux, vivre bien. Je suis obèse, je suis heureux. Bon. C'est peut-être choquant pour un médecin mais je ne veux pas en faire un monsieur avec un IMC… c'est pas mon objectif. Et je souffrirais beaucoup, parce que j'aurais beaucoup d'échecs ! Et je changerais de métier ! D'ailleurs il y a des médecins qui arrêtent car ils ne se sentent pas utiles… »

M 3 : « Et puis on a un peu de mal de se défaire de son regard médical […] C'est notre métier qu'on exerce à temps plein, donc euh… » et « D'ailleurs, ma femme elle me dit quand je vois un homme un peu rouge, qui tremble, je lui dis « celui-là il doit pas sucer des glaçons… ». (rires) Elle me dit « tu vois des alcooliques partout » ! (éclats de rires). »

d) Les représentations que les médecins ont d'eux-mêmes

- On constate que globalement les médecins **se perçoivent de manière positive** (gourmand, généreux, joyeux etc.), ils se doivent de **montrer l'exemple** et ont **besoin de s'évader**.

M 13 : « j'adore trop manger, enfin je veux dire, je suis, une vraie gourmande ! »

M 9 : « Ben je demande des dépassements d'honoraires, qu'est-ce tu veux, j'y suis pour rien.» et « je fais de la redistribution sociale, parce qu'il y a des gens que je fais payer, et puis d'autres que je fais pas payer parce qu'ils ont pas les moyens. C'est un moyen comme un autre de faire de la redistribution sociale »

M 9 : « Ah y en a certains qui sont comme ça, là (il imite son patient qui prend appui sur l'évier largement pour peser moins lourd sur la balance), pour pas que ça pèse trop ! On voit tout! C'est un super métier médecin ! On se marre »

M 13 : « C'est de la consultation lourde… ah si j'étais payée au poids hein ! (rire) »

M 13 : « Bon, on comprend qu'un gros monsieur qui doit tenir, qui postule à un poste de facteur sur un petit vélo électrique (rires), ça va pas coller… »

M 9 : « Et puis on jette ! Je peux pas supporter de jeter de la bouffe ! Moi mon plateau quand j'ai fini, y a plus rien dedans ! Ce qui se voit, mais c'est impressionnant ! On jette ! »

M 1 : « […] j'irais sur des sujets, rien à voir avec l'obésité. […] Donc c'est une rencontre qui en fait est intéressante parce que moi, en tant que médecin, j'ai besoin de vivre autre chose à côté de la médecine. »

e) Le ressenti et les émotions des médecins vis à vis de l'obésité

- Quand on parle d'obésité, les médecins évoquent **des émotions ou des sentiments plutôt négatifs** (colère, peur, tristesse, impuissance, compassion) **qui les accompagnent en permanence dans leur pratique quotidienne**.

M 11 : a reçu en consultation une mère et sa fille d'une vingtaine d'années toutes les deux en consultation pré-chirurgie bariatrique. Et elle a été « choquée » et s'est dit, en parlant de la mère : « elle aurait pu faire attention pour sa fille! » »

M 2 : « Quand je vais au restaurant, quand je vais au cinéma… […] je me dis c'est pas normal. Je vois toute la famille, je vois tout le monde qui mange, machin, ça m'énerve ! Alors que je sais qu'il y a moyen de faire des autres choses, qu'il y a une qualité de vie qui est mieux etc… »

M 2 : « Par contre, j'avoue que j'aime pas les malades obèses, j'ai pas de pitié pour certains malades obèses parce que je sais qu'on a des solutions. Donc j'aime pas voir un malade obèse parce que je sais que je peux l'aider. Et donc je me dis « ben c'est de sa faute », il reste obèse… on a des solutions ! Et j'aime pas les gens qui se prennent pas en main. »

M 9 : « […] je sais pas comment ils arriveront vieux hein, ceux-là. Heureusement je serai plus médecin, je serai en retraite et j'aurai pas à m'en occuper. »

M 11 : a le souvenir « traumatisée par une dame de 1m42 pour 125 kg », qui était « très négligente au niveau hygiène ».

M 9 : « Ben je trouve que c'est triste qu'on soit obligé d'en arriver là pour faire maigrir les gens, moi, personnellement. »

M 9 : « Je pense que, effectivement, la malbouffe, mais vraiment la malbouffe […] Et je me dis qu'à l'échelle d'un homme, voir à échelle humaine un tel changement dans l'anatomie des humains, moi ça me désespère un peu... (blanc) »

M 13 : « Je l'ai opérée depuis deux ans maximum, un an et demi, […] elle avait perdu une trentaine de kilos, mais elle en a repris vingt quoi. - Hum hum - Et euh, et elle veut que je fasse quelque chose pour elle. […] Elle bouffe du pain toute la journée encore ! […] - Hum hum. Et vous avez quel sentiment du coup quand vous êtes face à ce genre de patients ? - Ah, comment ça s'appelle, impuissance. »

M 9 : « Pour le reste ben voilà, moi ça m'arrive d'en opérer quand même parce que je finis par avoir de la compassion, je me dis « de toute façon, ils ont malheureusement un avenir qui est plus court que quelqu'un d'autre, est-ce que je peux me permettre de les laisser galérer avec leur... » . »

f) Les raisons qui ont conduit les médecins à choisir ce métier

- Les médecins, généralistes comme spécialistes, **ont tous choisi leur métier,** n'éprouvent **pas de regrets**, et semblent **heureux de le pratiquer.**

    - **La plupart ont choisi ce métier très tôt, une sorte de vocation, et l'exercent par conviction :**

M 4 : « Hé ben je ne suis pas obèse, donc ce n'est pas des soucis d'obésité qui m'ont conduit à faire médecine. Non […] je sais pas pourquoi, c'était ancré en moi. »

M 6 : « Voilà, c'est une vocation, euh voilà, depuis le CP moi je voulais être, au début je voulais être pédiatre et puis j'ai bifurqué après (rires) »

M 7 : « Et donc, euh, on avait droit, à titre expérimental, de faire des stages chez le praticien dans un cabinet à X. [ville]. Et j'ai fait ça, et j'ai adoré ça ! »

    - **Ils voient le côté stimulant sur le plan intellectuel et le côté humain :**

M 9 : « Puisque je suis curieux, apprendre le corps humain, pourquoi pas. Je suis curieux, vraiment vraiment. »

M 13 : « Ce qui était intéressant, c'est ce qu'il y avait autour de l'acte. Et autant je m'éclate à faire de la couture […] autant je trouve que c'est le côté humain qui est intéressant quoi, euh, voilà. »

M 12 : « le côté technique il m'avait, il m'enthousiasmait pas plus que ça […] c'est un métier de contact avec les gens »

M 1 : « Ben parce que ça m'empêchait justement de m'enfermer dans une spé d'organe. (rires) Que pour moi ce qui était important était de sortir de l'organe, pour avoir une prise en charge globale du patient, et puis éviter la monotonie. »

    - **Ils voient l'influence de l'entourage et des rencontres durant le cursus médical, ainsi que des conditions de travail :**

M 12 : « Parce que je connaissais le métier du fait que mon père l'exerçait déjà « et« J'ai pris la succession de mon père qui était médecin ici. »

M 9 : « En terminale, mes parents avaient un ami chirurgien, professeur à l'hôpital. […] Et deux jours dans la semaine, je suis descendu avec lui, voir des opérations»

M 3 : « Et puis y avait le professeur X [nom], qui a été longtemps chef de service, qui faisait un peu le clown. Ça, ça me plaisait, ce type avait un charisme important »

M 9 : « Et puis j'y suis passé en stage, affreux quoi. C'était la mine. Donc euh voilà, j'ai mal vécu ces six mois-là, j'avais vraiment l'impression de descendre à la mine tous les matins. Et, du coup, je suis reparti en traumato, ah le bonheur, le...je sais pas. »

M 7 : « […] j'avais envie de ma liberté. Donc il fallait être libre, en libéral en tout cas, en ambulatoire on va dire, pas dans un hôpital. »

- **Ils aiment le côté varié, et trouvent leur travail gratifiant :**

M 3 : « Oui c'est varié, c'est ça qui est pas mal. »

M 13 : « Et puis surtout je me suis rendue compte qu'en fait je prenais un grand plaisir […] à voir un patient qui va bien qui me dise « merci », tu vois, tout simplement ! Et d'avoir la sensation du travail bien fait, j'ai trouvé que c'était vachement bien finalement ! (rires) »

M 14 : « - Et c'est vrai que c'est très encourageant quand on voit qu'on change la vie des gens avec ce type de chirurgie […] C'est ça qui est gratifiant finalement. »

M 9 : « Et je regrette pas. » « C'est un super métier médecin ! On se marre ! »

g) Les raisons qui ont conduit les médecins à suivre des patients obèses

- **La plupart des médecins n'ont pas choisi le suivi des patients obèses** : ils ont accepté de travailler avec les endocrinologues en réponse à leur sollicitation. Certains disent même avoir eu une **répulsion initiale** mais constatent déjà une **évolution de leur point de vue avec la pratique**.

M 3 : « Ben parce que moi je ne suis pas spécialisé, j'ai été catapulté, spécialisé là-dedans mais c'est pas, ouais, une foi particulière…»

M 10 : « Je m'y suis pas intéressé du tout. (rires) […] c'est les chirurgiens qui m'ont envoyé des gens et au départ j'avais une répulsion.»

M 2 : « Je n'ai pas envie que l'obésité soit une spécialité exclusive chez moi. »

M 10 : « Mais cette expérience, malgré ma réticence, j'ai été amené à évoluer et puis à me dire que pour des gens, euh, c'est bien. […] Donc j'ai évolué par rapport à ça… »

Les chirurgiens ont été plus enthousiastes.

M 13 : « Et l'obésité, c'était parce que j'aime beaucoup la cœlioscopie et la chirurgie en soi de l'obésité m'a intéressé là-dessus. »

M 13 : « D'abord, y a un petit challenge chirurgical, c'est toujours intéressant de faire des trucs de plus en plus difficiles, ça c'est le côté plutôt chirurgien. Et, mais, euh, humainement, c'est très très riche comme travail. »

h) La perception de la perte de poids avec et sans chirurgie bariatrique

- Tous les médecins ont conscience de la **difficulté à perdre du poids** et de l'importance d'une **stabilité dans le temps**. Même s'ils disent avoir la même satisfaction pour une perte de poids avec ou sans chirurgie, ils **disent préférer une perte de poids « naturelle » et ont plus d'empathie pour ces patients.**

M 12 : « C'est très très difficile pour eux, ils le disent, c'est un travail de longue haleine et puis c'est un travail qui est permanent. »

M 7 : « En général, je leur demande où ils en sont […]. Donc ça, c'est déjà de faire le point, j'essaie de les laisser dire ce qu'ils en pensent, y compris le bilan négatif de ces genres de régimes aberrants. »

M 8 : « Maintenant il faut s'appliquer et puis euh que ça dure dans le temps. »

M 9 : « Ah ben c'est impressionnant ! Donc alors après il y en a pas beaucoup qui y arrivent, mais ceux qui y arrivent, ils sont miraculés ! […] y a pleins de problèmes qui vont se résoudre »

- **Les médecins disent avoir la même satisfaction pour une perte de poids avec ou sans chirurgie :**

M 7 : « Il ne fait pas de différence, pour moi. »

M 10 : « Ben je me réjouis dans les deux cas. (rires puis blanc). Bon ben celui qui, comme celle que j'ai vue aujourd'hui, je me dis ben tant mieux, on a évité les complications de la chirurgie parce que c'est quand même pas facile de faire des petits repas et tout ça. (blanc) »

M 6 : « Ben après je vais les féliciter tous les deux. (rires) »

- **Mais ils disent avoir une attention particulière pour le patient qui perd du poids sans chirurgie et plus d'empathie, voire une préférence :**

M 6 : « Je pense que surtout celui qui a perdu du poids tout seul, je pense qu'il faut surtout pas le laisser tomber celui-là. Parce que si il replonge par contre ça va faire mal…»

M 6 : « Ben je pense que... même sans le faire exprès, je pense qu'on va être, un peu plus euh, on va peut-être un peu plus l'encourager par rapport à celui qui a perdu du poids grâce à la chirurgie, oui. »

M 12 : « Mais je trouve que c'est quand même beaucoup plus satisfaisant que d'avoir une gastrectomie, une sleeve, enfin ce qu'on veut»

M 8 : « Non mais bien sûr. C'est mieux de perdre du poids sans opération.»

- **Ils pensent qu'il est possible de perdre du poids sans la chirurgie, ou pendant le parcours pré-chirurgical, mais parfois impossible :**

M 3 : « y a quelques patients, c'est arrivé, qui s'engagent dans le processus et qui perdent suffisamment et qui renoncent ou qui temporisent… »

M 13 : « Y a quand même de temps en temps des gens qui y arrivent, qui ont un tel résultat qu'ils décident de pas se faire opérer [….] qui ont changé de vie quoi, mais sans qu'on les opère ! Euh mais c'est quand même exceptionnel hein, faut bien le dire. »

M 9 : « Il y en a qui arriveront jamais à maigrir ! Parce qu'ils ont pas la force de caractère d'y arriver, parce qu'ils ont pleins d'autres soucis… »

- **La perte de poids donne une satisfaction au chirurgien**

M 13 : « Donc après, celui qui perd du poids avec la chirurgie, ben ça me rassure parce que ça veut dire que ça marche ! (rires) - (rires) - Euh… la règle hein quand même, c'est rare les gens qui perdent pas de poids, on va dire que c'est plutôt les gens qui perdent pas de poids, le problème. »

➢ **<u>Ces représentations peuvent influencer le regard que les médecins portent sur la personne obèse</u>.**

<u>Le premier impact de ces représentations peut être visible dans la consultation avec un patient obèse</u>. On voit que les médecins semblent mal à l'aise et qu'ils évoquent des difficultés :

- **<u>Pour aborder le problème de poids</u> :**

Un travail mené en 2013 (31) a étudié ces difficultés d'abord du poids en médecine générale. Il a mis en évidence l'existence de facteurs limitants et de facteurs favorisants, tout comme dans notre étude, mais nous ne les détaillerons pas ici car ils sont concordants.

- <u>Les facteurs favorisants</u> sont les comorbidités, les complications fonctionnelles, le poids comme motif de consultation, le poids abordé par le patient, le médecin formé à l'obésité, le sexe masculin.
- <u>Les facteurs limitants</u> sont la réticence du patient, des situations d'échecs répétés par le pat, un épuisement sur le long terme pour le médecin, l'effort fourni par le médecin, le manque de temps, de compétences ou de solutions, le sexe féminin.

- **<u>Et lors de la consultation en elle-même</u>, même si les médecins disent qu'elle est identique à celle d'un autre patient :**

M 10 : « Est-ce que vous pouvez décrire comment se passent les consultations avec un patient obèse ? - Exactement comme avec un autre... »

- **L'examen clinique en lui-même, techniquement contraignant** :

M 12 : « C'est une contrainte. C'est beaucoup plus compliqué. »

M 11 : « Difficultés techniques et matérielles lors de l'examen clinique »

- **le mobilier, qui peut être à l'origine d'une gêne chez le médecin… ou le patient :**

M 3 : « Ben ici, y a le problème des sièges (rires)… y en a qui passent pas ! […] Alors la première fois, oui ils s'assoient, ça dépend, ils hésitent… alors je leur propose tout de suite la chaise là (montre une chaise située juste à côté du canapé) » et « la fois d'après, soit je le note, je mets « chaise », je saurai que, la prochaine fois, je mettrai le fauteuil là et puis la chaise, comme ça lui il est pas… il est pas gêné comme ça le patient. »

- **le matériel, qui peut être inadapté :**

M 9 : « Deux cent quatre-vingt-six kilos à l'hôpital, ben, pas de brancard pour venir se faire opérer au bloc, y a aucune table d'opération qui supporte plus de 250 kg, donc y a fallu l'opérer sur un brancard du SAMU spécifique pour les obèses » et « la douche, y avait que dans un seul service qu'on a réussi à trouver une douche où il rentrait dedans »

- **les médecins s'équipent, mais parfois cela ne suffit pas !**

M 7 : « Ce qu'on voit, c'est comment ils sont installés en salle d'attente, comment ils repartent de leur chaise. On peut dire qu'on a adapté notre mobilier »

M 9 : « Alors voilà, c'est quand même marrant, parce que j'ai fait exprès, donc y a un fauteuil avec accoudoirs et puis un sans accoudoirs pour les gros, pour pas qu'ils soient coincés dedans ! […] Donc là j'ai mis une chaise, bon hé ben non, ils sont obligés de se mettre là ! Alors c'est peut-être parce qu'elle a des accoudoirs pour se soulever, je sais pas. »

- **des spécificités liées à la nudité, qui peut être redoutée par le patient ou une gêne qu'on lui attribue, mais qui dépend aussi du regard porté sur lui :**

M 1 : « plus pour l'examen, elles se demandaient à quelle sauce j'allais les manger… »

M 12 : « Euh… quand ils se déshabillent […] je vois qu'ils ont du mal, pour certains, à se déshabiller. Ça c'est pareil, c'est une réflexion que je me fais, c'est quand même « comment ils font pour ne serait-ce que lacer leurs chaussures » »

M 6 : « Bon, je les fais pas forcément déshabiller non plus hein, (rire discret) donc euh… complètement parce que bon… oui peut-être qu'ils seraient mal à l'aise dans cette situation. Mais ouais, je les fais pas déshabiller complètement »

M 4 : « D'ailleurs ça dépend à mon avis peut-être du regard qu'on porte sur la personne puisqu'il peut se sentir jugé ou pas, mais aussi et surtout du regard qu'elle porte sur elle-même, selon qu'elle arrive à vivre ça pas trop mal, ou qu'au contraire que vraiment pour elle c'est insupportable… »

- **Et une spécificité liée au temps d'attente en salle d'attente : ils souhaitent éviter une attente excessive**

M 1 : « Ben déjà quand on va le chercher en salle d'attente, le patient qui est vraiment obèse, en salle d'attente, il y a déjà combien de temps il est resté en salle d'attente […] je n'ai pas envie qu'il traîne trop longtemps en salle d'attente, pour être sous le regard des autres, etc… parce que je sais que c'est pesant, ça doit être pesant. »

➢ **Nous allons à présent étudier <u>les autres impacts de ces représentations</u>.**

Nous allons nous intéresser aux <u>représentations que les médecins ont de la chirurgie bariatrique et des patients obèses qui en bénéficient, et, par conséquent, à l'impact sur la prise en charge de ces patients.</u> Cela fera l'objet des trois chapitres suivants.

B. <u>Représentations de la chirurgie bariatrique</u>

a) <u>Représentations générales</u>

1 - Importance du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique :

Il ne faut pas oublier que **le patient est l'acteur principal** dans la prise en charge de son obésité.

- **<u>Investissement du patient</u>**
  - **Qui doit faire preuve d'une réelle persévérance**

M 13 : « Moi je suis pas d'accord avec les gens qui opèrent au bout de trois mois […] y a des malades qui n'aboutissent jamais au bout du parcours, c'est à dire qui ne tiendront pas le coup. Moi, sur quatre malades qui viennent, à mon avis y en a au moins un qui va pas au bout… »

M 13 : « […] moi je vais peut-être les aider un peu avec mes agrafes, mais c'est eux qui vont faire le boulot quoi. Ça va être du boulot, pour eux ! »

M 13 : « Y en a qui reviennent pas au deuxième rendez-vous, une fois qu'ils ont compris que j'allais les faire bosser pendant un an, je pense qu'ils vont ailleurs […] »

- **Et ne doit pas avoir un accès trop facile à la chirurgie, sur le plan organisationnel principalement :**

M 2 : « si c'est trop bien organisé, c'est trop facile. Il faut que les malades ils en bavent un peu. […] si le parcours était trop bien tracé, en disant il faut aller à tel endroit toujours la même chose, on n'est plus sur un truc à la carte, et le malade, si en une demi-journée il voit les trois, ah c'est sûr qu'il a pas perdu de temps, mais est-ce qu'il aura la même volonté ? Si ça l'a obligé à perdre une journée de travail pour aller voir untel, pour aller voir untel et faire 100 km pour faire un truc, vous êtes sûr à la fin que vous avez un malade qui en veut… »

- **Et sur le plan financier, ce qui prouvera et renforcera sa motivation au changement**.

M 2 : « Et je pense que de notre côté libéral c'est pas forcément bien pour les gens parce qu'ils sont obligés d'avancer, mais c'est comme pour la psychologie, la psychanalyse, quand on paie on veut. Et c'est pour ça que pour les dépassements d'honoraires, j'essaie de pas faire trop cher par rapport à ce qui se fait ailleurs, mais j'essaie que les gens paient presque tous. »

- **Les médecins sont bien conscients que des efforts sont indispensables** pour que le patient réussisse son parcours de chirurgie bariatrique, et que parfois son entourage ne se rend pas compte de la difficulté pour y parvenir :

M 13 : « Et je crois qu'ils réalisent aussi, les compagnons, parce que y a beaucoup encore de gens qui disent « mais punaise, c'est quand même un peu la solution de facilité de te faire opérer », et qui, quand ils voient le parcours, quand ils voient la difficulté, ils comprennent mieux, ils comprennent mieux la démarche. »

- **<u>Maturation du projet</u>**

  - **La métaphore choisie par les médecins est celle d'un long chemin**

M 7 : « j'explique toujours que c'est un chemin… un parcours quand même un petit peu long, qui peut prendre un an, que ça demande une prise en charge multidisciplinaire, avec le chirurgien, l'endocrino et le psychiatre. »

M 12 : « ce qui me paraît le plus important, c'est la démarche avant d'arriver à la chirurgie bariatrique, autant que la chirurgie en elle-même. C'est-à-dire que toute la prise en charge, j'ai beaucoup parlé du psychologique, toute la prise en charge psychologique ça me paraît être fondamental, plus que honnêtement l'endocrino et les machins comme ça, c'est... »

  - **Avec un délai de prise en charge à respecter**

M 13 : « Moi je suis pas d'accord avec les gens qui opèrent au bout de trois mois, hein, c'est-à-dire qui voient un malade et qui au bout de trois mois ont décidé de l'opérer »

  - **Tout particulièrement chez les sujets jeunes**

M 13 : « Par contre à 20 ans, il faut du temps pour être prêt, il faut une vraie prise de conscience, il faut vraiment… - Y a une certaine maturation ? - Ah ouais, je suis convaincue. Il faut mûrir le projet quoi, vraiment. »

M 13 : « plus ils sont jeunes, plus il faut les faire attendre. » « Alors autant une nana de 50 ans qui a déjà fait le yo-yo 40 fois, qui a déjà un diabète, du cholestérol, et qui commence à…. ben je trouve que là, ben je vois pas pourquoi il faudrait lui dire « il faut attendre, attendre, attendre, attendre ... ». Si elle est dans les clous, qu'elle a fait le parcours et qu'elle a bien compris, moi je pense que c'est au bout de, il faut au moins 6 mois c'est le minimum, c'est pas une question de date, c'est une question d'être prêt quoi. »

- **Importance de la préparation psychique**

M 1 : « il me dit « je me regarde dans la glace et je vois une autre personne en face » […] Et là, le suivi psycho pour le coup est, pour moi n'est pas, est important. »

M 11 : « « Dans la démarche de chirurgie bariatrique, les consultations avec les psychologues et psychiatres sont très importantes », parce que « il y a ce problème psychique non résolu qui est à l'origine de leur obésité » »

M 12 : « C'est-à-dire que toute la prise en charge, j'ai beaucoup parlé du psychologique, toute la prise en charge psychologique ça me paraît être fondamental »

- **Avec un suivi régulier, en pré et post-opératoire :**

M 2 : « Nous on essaie de demander qu'il y ait trois ou quatre consultations psy, qu'il y ait un suivi régulier. Moi je les vois au minimum trois si c'est pas quatre ou cinq fois les malades avant la chirurgie. »

- **Pour déterminer si la chirurgie sera bénéfique :**

M 14 : « Et c'est là où je leur explique vraiment que, en fait, on attend autant pour qu'ils soient prêts physiquement, psychologiquement à avoir une opération, et surtout on va évaluer pendant ces neufs mois, si l'opération va les aider. - D'accord - Parce que finalement, on pourrait tous les opérer sans se soucier de savoir si ça va les aider ou pas, mais c'est pas ce qu'on veut. »

On pourrait ainsi résumer l'importance du parcours comme suit : *« [que le patient] ait envie, qu'il soit prêt, qu'il ait compris. » (M 14)*

2 - Pour les médecins, les bénéfices attendus ne sont pas négligeables :

- **<u>Amélioration et diminution des comorbidités :</u>**

M 11 : le « bénéfice est de diminuer l'incidence de beaucoup de pathologies, comme le diabète, le syndrome d'apnée du sommeil, la dyspnée, etc. »

M 3 : « Ces patients-là ont plein de comorbidités qui disparaissent, le SAS disparaît, le diabète s'améliore, l'hypertension, ils ne prennent plus de traitement. Bon, les articulations reviennent pas toutes neuves mais bon ils souffrent moins… »

- **<u>Amélioration de la qualité de vie</u>**

M 6 : « l'amélioration de toutes les comorbidités. […] tout s'améliore avec la perte de poids, ben là on a un bénéfice quand même évident sur la qualité de vie de la personne quoi. »

M 14 : « on voit un, comment dire, une nette amélioration de la qualité de vie des patients avec une chirurgie bariatrique, qu'on ne voit pas forcément dans une chirurgie carcinologique. » et « c'est très encourageant quand on voit qu'on change la vie des gens avec ce type de chirurgie »

Là encore, les médecins utilisent une métaphore : la chirurgie bariatrique **agit comme une sorte de cheval de Troyes :** *« C'est une sorte de cheval de Troyes l'opération. » (M 1)*

- **<u>Modification de l'image corporelle et du regard des autres</u>**

M 3 : « Et oui, aborder la modification de l'image corporelle et les conséquences sociales, la modification du regard des autres sur soi… »

M 3 : « J'avais eu hier ou avant-hier une fille en surpoids, homosexuelle, couplée avec une fille quoi. Alors je lui dis « bon, qu'est-ce qu'elle en pense ? » Elle me dit « ma copine, elle m'a toujours connue grosse, alors… ça la gêne pas ». Oui, justement, « si vous mincissez, qu'est-ce qu'elle va dire ? » « est-ce qu'elle va toujours vous apprécier autant ? » « est-ce que le regard des autres filles, ou des hommes d'ailleurs, va se modifier ? Vous serez plus séduisante euh… ça peut entraîner de la jalousie… ». »

- **<u>Une balance bénéfice-risque en faveur de la chirurgie malgré une éventuelle majoration du risque de cancer gastrique</u>**

M 14 : « Sachant que les études qui se sont souciées de ça ont rapporté une augmentation de la qualité de vie et surtout de l'amélioration des comorbidités donc une augmentation de la survie qui est plus importante que le risque de cancer. »

3 - La chirurgie est adaptée à un certain profil de patient, au profil favorable : ce profil sera détaillé dans le chapitre recours à la chirurgie bariatrique-conditions

4 - La notion de recul sur cette pratique est variable en fonction des médecins :

M 3 : « Y en a qui vont bien, hein. J'en vois pas beaucoup qui vont pas trop bien quoi. Mais c'est sûr, euh, voilà, c'est pas non plus à 10 ans, hein. On n'a peut-être pas, on n'a pas un gros gros recul avec la systématisation de la sleeve, pis y avait pas mal d'anneaux avant. »

M 8 : « il faut un suivi médical, un suivi nutritionnel, et puis si ce sont des échecs, il faut passer à la chirurgie bariatrique, qui actuellement je dirais est à, pas à ses débuts, mais disons qui a donné des preuves mais au long cours on ne sait pas ce que ça va donner. Parce que, ce qu'on commence à voir, c'est que ces gens-là ils recommencent à prendre du poids. »

M 13 : « Et la chirurgie de l'obésité, ben, le by-pass c'est la plus vieille, ça fait 40 ans. » et « C'est pour ça que, quand les gens ils nous disent « je veux une sleeve », euh, la sleeve elle a que dix ans hein. - Hum hum, y a moins de recul - Un petit peu plus, 15 ans, 15 ans maintenant. Mais euh, on est sur euh, y a sûrement des choses qui vont se démasquer… par exemple… »

D'une façon générale, ce qui ressort est un **manque de recul** sur certaines techniques. C'est sur le long terme que nous obtiendrons les réponses à nos interrogations.

5 - La chirurgie bariatrique n'est pas un geste anodin :

- **<u>Les médecins la perçoivent comme violente, pour le geste lui-même, et pour les suites qu'elle entraine :</u>**

M 10 : « […] ma réticence est... au départ c'est pour la violence hein… - Du geste ? - Du geste, puisque en soi c'est violent. (blanc). Je dis pas que les chirurgiens sont violents, ils le font pour aider les gens, mais c'est quand même euh, un geste, c'est pas n'importe quoi ! »

M 12 : « La nature est bien faite, moi je vois que les patients qui perdent du poids avec la chirurgie c'est rapide, c'est violent »

- **avec une notion, au moins dans leur esprit, de mutilation du corps :**

M 3 : « Parce que bon, y a le problème de la chirurgie réparatrice après. Moi je les vois pas, les patients, je les vois pas déshabillés, je le vois pas comment c'est opéré. C'est des fois relativement catastrophique. »

- **avec irréversibilité du geste :**

M 3 : « Alors maintenant, avec les opérations qu'on fait qui sont plutôt de type irréversible, la sleeve ou by-pass, ben c'est irréversible donc par définition…. Quand on mettait un anneau, ben on enlevait l'anneau pour regrossir. »

- **avec un nombre maximal de gestes possibles :**

M 7 : « On sent qu'ils essaient de bien le remotiver, en disant que de toute façon il n'y aura pas quatre chirurgies l'une derrière l'autre donc euh…

- **<u>Et avec des risques de complications per-opératoires et post-opératoires</u>** qui seront abordés dans le chapitre « points faibles de la chirurgie bariatrique ».

6 - Différents facteurs de réussite semblent se dessiner :

- **<u>Un désir de changement profond chez le patient demandeur :</u>**

M 13 : « […] on est quand même sur des personnes qui ont déjà compris beaucoup de choses et qui arrivent à un moment de leur vie où elles décident de changer »

M 14 : « Après c'est aussi le but de la première consult aussi, de voir qui seront, enfin qui va être assez motivé pour continuer. Pour moi, c'est quelque chose de déterminant pour la suite. »

M 13 : « Mais c'est vrai que moi j'aime bien qu'il y ait un peu d'initiatives, donc euh, le fait de choi…, de prendre rendez-vous avec la diététicienne et une psychologue c'est bien. Et puis, euh, je leur dis que leur médecin généraliste est concerné aussi »

M 4 : « Euh… donc je pense qu'il y a des personnes pour qui, effectivement, c'est la seule solution. A condition que derrière ils prennent conscience que c'est quelque part une chirurgie palliative, et qu'il faut aussi qu'il fasse leur part de boulot, qu'ils se prennent en charge eux, qu'il fassent aussi leurs devoirs de vacances, parce que si ils comptent juste sur l'opération et que derrière ça y est c'est bon, euh, en général c'est un échec. Donc c'est de toute façon tout le parcours de motivation qui est fait avant, hein ! »

- **<u>Un patient bien préparé au changement durant le parcours pré-chirurgical :</u>**

M 14 : « Je lui dis « surtout, si vous êtes pressé, ça marchera jamais ! ». - D'accord. Il faut qu'il comprenne qu'il y a un délai nécessaire… - Oui, qu'il y a, je pense, un délai de compréhension aussi en plus de la préparation, pour arriver à la chirurgie. »

M 3 : « C'est pour ça qu'on essaie de préparer le patient à tout ça. D'une part, aux modifications de l'alimentation, ça la diet elle s'en occupe, mais aussi, ah c'est plus difficile à aborder, les patients des fois n'y pensent pas toujours, ça dépend, y a des patients c'est très agréable, on voit que… puis des fois des patients on tourne un peu en rond, donc…. »

M 2 : « [...] le malade, si en une demi-journée il voit les trois, ah c'est sûr qu'il a pas perdu de temps, mais est-ce qu'il aura la même volonté ? »

- **<u>Des indications chirurgicales bien posées :</u>**

M 4 : « Mais des gens déçus, j'en n'ai jamais vu. Donc je pense qu'a priori les indications sont bien posées et que les gens sont bien préparés à ça. »

M 9 : « Moi je pense que j'essaie de tester ceux qui seraient capables de, d'avoir une chirurgie bariatrique, pour éventuellement les envoyer voir mon collègue ou ailleurs hein. »

7 - La chirurgie bariatrique peut être vue comme :

- **<u>un geste salvateur :</u>**

  - **une seconde chance**, pour certains :

M 13 : « Après y a des gens on sait que ça va être compliqué, mais on leur laisse toujours une chance d'avoir le déclic quoi.»

M 2 : « Mais là, j'ai quelqu'un, la maman a 45 ans, elle a déjà des visco-supplémentations, on parle de mettre une prothèse, elle est déjà diabétique, elle est hypertendue, elle a tous les trucs, donc si on fait rien ça ne va pas aller. Donc on se dit des fois « on va y aller, on va donner une chance »

  - **un geste considéré comme vital** :

M 10 : « Je me rends compte qu'il y a des gens qui ont des obésités formidables, des conséquences euh locomotrices […] qui se bousillent la santé ! Euh, voilà, c'est… ils vont à la mort, et donc euh, ça devient un geste euh, vital. »

M 4 : « Mais c'est vrai que pour des personnes qui sont en obésité morbide, qui ont un tas de complications […] je crois qu'il y arrive un moment où c'est la seule solution pour arriver à casser quelque chose et puis peut-être à essayer de repartir sur de bonnes bases. »

  - **un gain d'espérance de vie**, au moins temporairement, même si on ne constate pas de succès à long terme :

M 13 : « je me dis « je lui ai peut-être fait gagner un tout petit peu quelque chose, parce que pendant quelques temps elle a quand même eu quelques kilos de moins» »

  - **mais qui n'est pas une fin en soi** :

M 14 : « Bon ben c'est une aide, c'est pas une fin en soi. », « La chirurgie, c'est un coup de pouce. » et « c'est une étape, c'est pas une finalité, c'est quelque chose qu'on peut rajouter à tout moment. »

- **<u>Un service rendu :</u>**

M 13 : « On a quand même prouvé que la chirurgie bariatrique a rendu des services… »

M 3 : « Que si on pouvait faire autrement on éviterait, mais que ça rend service quand même à des patients. »

- **Mais c'est <u>un pis-aller</u> pour d'autres, et est utilisée, en dernier recours, faute de meilleure solution** à proposer au patient atteint d'obésité après échec des thérapeutiques antérieures. Cet aspect sera détaillé dans le chapitre « place de la chirurgie bariatrique dans la prise en charge de l'obésité »

M 3 : « Je pense que c'est un pis-aller, un dernier recours. »

M 9 : « Ben moi je pense que la chirurgie bariatrique c'est un pis-aller, on va dire. »

M 2 : « Ben c'est ce qu'on a de mieux actuellement. Mais un jour je sais que ça s'arrêtera, parce qu'un jour on aura un autre médicament, un jour on aura d'autres choses. Donc pour moi la chirurgie bariatrique c'est la moins mauvaise, c'est souvent la moins mauvaise solution. »

8 - La chirurgie de l'obésité est un secteur de la médecine en pleine expansion

M 9 : « Y a le chirurgien de l'obésité donc forcément… Oui il en opère beaucoup. Ah, c'est quand même… il va finir par faire que ça presque. Non mais c'est vrai hein, donc on se dit que c'est vraiment un pan de la médecine qui s'est ouvert hein ! » et « C'est un marché porteur. »

- **<u>avec un nombre de patients demandeurs qui augmente :</u>**

M 6 : « Donc ça augmente. Mais je n'ai pas de chiffres. La proportion augmente fortement quoi. » et « y a peut-être aussi le bouche à oreille qui fait aussi que les gens euh se disent « et pourquoi pas moi ? »

<u>principalement des patients jeunes et des femmes :</u>

M 11 : « « Ce sont souvent des jeunes qu'on voit en chirurgie bariatrique » »

M 13 : « y a une grosse proportion de femmes, parmi les gens qui consultent, pour la chirurgie de l'obésité. [..] Donc on a 80 % de femmes »

- **<u>avec un engouement pour la chirurgie bariatrique qui est peut-être le fruit de la société de consommation, avec des attitudes excessives :</u>**

M 9 : « Et puis un jour il est venu, il est ambulancier, il vient. J'ai failli pas le reconnaître, tout beau, tout maigre, tout bien ! « Ben je me suis fait opérer. Avant je reconnais, je mangeais une pizza pour moi tout seul, maintenant un quart je suis déjà calé » Ben voilà, oui c'est sûr ».

- **facilité par la prise en charge par l'assurance maladie** :

M 9 : « En France tout est pris en charge, donc on s'en fout ! Aux États-Unis il faut voilà, quelques… »

- **ce qui attriste les médecins**:

M 9 : « Ben je trouve que c'est triste qu'on soit obligé d'en arriver là pour faire maigrir les gens, moi, personnellement. » et « […] s'il faut passer par là pour arriver à manger une part correcte… bon ben voilà, c'est triste. Enfin, je sais pas, la force de volonté, ça existe non ? Je pense, je sais pas mais… (blanc) »

- Et les amène à **s'interroger sur la gestion de l'argent** dans la société de consommation et à **réfléchir sur l'avenir de la civilisation** :

M 9 : « Or, à l'heure actuelle, tout ce qu'on gagne ça sert à faire des loisirs, des vacances, prendre l'avion, à aller en vacances sur la lune, s'acheter la plus grosse télé de la terre, euh, avoir un clébard, acheter des croquettes pour le clébard… […] y a des fois plus à manger pour le clébard ou pour le chat que pour l'homme quoi ! »

M 9 : « Parce que c'est vraiment une réflexion sur la, euh, l'avenir, la civilisation. On est fou de faire bouffer les gens mal. C'est quand même la base hein, ce qu'on mange ! Alors tout ce qu'on gagne, ça devrait nous servir à améliorer ce qu'on mange. »

- **Le traitement chirurgical est devenu moins honteux et on offre une meilleure prise en charge** au patient :

M 7 : « Maintenant c'est moins honteux entre guillemets. C'est mieux pris en charge. »

- **Malgré le fait que ce soit une pratique encadrée avec des recommandations** de la HAS :

M 7 : « c'est bien codifié, et puis nous on sait à qui..., quand on a des gens sérieux qui les prennent en charge, on est moins inquiets. »

M 13 : « […] Je le rassure pas forcément, puisque je vais parler des complications, mais euh, au moins qu'il ait compris que c'est sérieux, quoi. On essaie de se mettre dans des conditions avec le plus en sécurité possible, pour prendre en charge et que voilà, qu'ils aient pas l'impression que c'est… »

M 2 : « On a un côté aussi un peu légal avec la plupart des procès c'est « est-ce que vous avez informé le patient ? ». C'est une obligation très importante, donc moi j'ai marqué dans le dossier « réponse aux questions », j'ai un délai entre les consultations »

M 2 : « En général, ils viennent tous dans un projet de chirurgie bariatrique. Donc on va éliminer ceux qui sont obèses mais qui ne sont pas assez obèses. Il y a des gens aussi qui viennent nous voir et qui sont mal orientés. »

- **Il existe manifestement un risque de dérives :**

M 7 : « y a un réseau -pas très loin- qui va à toute vitesse, et qui nous plaît pas trop parce que on a l'impression qu'ils ne respectent pas trop cette prise en charge-là »

M 13 : « […] moi je suis un petit peu gênée quoi, par rapport à ma propre profession, de voir que c'est devenu un peu tiroir-caisse quoi. Et, au départ, c'est une démarche de santé, c'est pas une démarche d'activité »

M 2 : « […] certains chirurgiens de certaines équipes ailleurs où il n'y a que l'acte chirurgical qui est important… » « on n'est pas comme dans des villes où c'est un business »

M 2 : « Je ne veux pas que ce soit mon pain quotidien, et mon, mince, mon revenu principal. Sinon je force le tiroir-caisse, et j'opère tout le monde… »

9 - Le travail en équipe pluridisciplinaire, en étroite collaboration, est primordial :

- **<u>La concertation est importante, au sein de l'équipe de chirurgie bariatrique, dès le début de la prise en charge :</u>**

M 3 : « Il est convoqué en hôpital de jour pour passer une demi-journée, une consultation avec l'endocrino, une consultation avec la diet, une consult pneumo, consult cardio et puis consult psy. »

M 7 : « Donc j'ai eu plusieurs fois des demandes, j'ai proposé de toute façon, donc j'explique toujours […] que ça demande une prise en charge multidisciplinaire, avec le chirurgien, l'endocrino et le psychiatre. »

- **Durant le suivi** :

M 13 : « et donc euh, moi je trouve que c'est vraiment important d'avoir une démarche concertée, quoi. C'est-à-dire que… donc en général, moi j'essaie de recueillir au fil du parcours un petit peu comment ça se passe avec les autres. » et « C'est riche sur le plan collaboratif »

- **Et jusqu'à la prise de décision** :

M 13 : « je leur explique que de toute façon ce sera une décision de concertation […] »

M 2 : « Et, à la fin de la troisième consultation, on envisage une discussion en RCP, donc je leur dis « bon ben on va présenter votre dossier… », »

- **<u>Il existe un relais avec la médecine de ville, mais qui semble présenter quelques failles :</u>**
  - **<u>Du côté des médecins généralistes</u>**, auxquels on reproche :

<u>Un manque de connaissances</u>

M 14 : « j'en ai quelques-uns, qui sont adressés par des médecins généralistes pour une prise en charge chirurgicale sachant qu'ils ne rentrent pas dans les conditions de la HAS définies qui sont assez claires finalement. »

M 2 : « Ils y connaissent que dalle. Ah, mais je suis désolé de vous le dire, mais on les appelle, on a rien. On leur demande des mots, des machins,… On fait des réunions dans lesquelles on discute, tantôt je les appelle pour des dossiers, des machins, ils savent pas s'il faut faire une sleeve ou by-pass les généralistes. Et c'est dommage ! »

Possiblement en lien avec un manque de formation :

M 14 : « est-ce que ce sont les médecins qui les envoient parce qu'ils arrivent pas à leur expliquer vraiment qu'est-ce qu'on peut faire pour eux en dehors de la chirurgie, ou est-ce qu'ils méconnaissent finalement ces critères-là et finalement l'obésité ? »

M 2 : « Y a pas eu de cours pendant des années à la faculté »

Et certains sont conscients de leurs lacunes :

M 12 : « Je connais pas bien les recommandations là-dessus, je me suis pas penché sur le sujet, mais, pour moi, c'est un échec d'une autre thérapie. »

D'être trop souvent absents des prises de décisions, malgré les sollicitations

M 13 : « Et euh, le premier courrier que j'émets à la consultation, ben je lui demande son avis, je lui dis qu'à un moment il sera nécessaire qu'il nous exprime son… Je reçois presque jamais de réponse, hein, ça veut dire que les médecins s'expriment pas…

M 2 : « Non mais les généralistes, eux ils s'en foutent ! Ils y connaissent que dalle. Ah mais je suis désolé de vous le dire, mais on les appelle, on a rien. […] Donc y a toute une partie, moi j'ai fait des enseignements post-universitaires à côté, j'ai fait des machins pour avoir l'avis des généralistes, mais quand j'appelle un généraliste, j'ai un chiffon …

D'être désintéressés

M 13 : « j'ai fait des enseignements post-universitaires à côté, j'ai fait des machins pour avoir l'avis des généralistes mais quand j'appelle un généraliste j'ai un chiffon … »

M 14 : « […] on s'aperçoit quand même qu'il y a pas beaucoup de généralistes qui sont, ben, intéressés, et qui connaissent vraiment les tenants et les aboutissants de la chirurgie et de la prise en charge globale de l'obésité. »

M 2 : « Mais sur nos RCP depuis cinq ou dix ans, on a vu 10 ou 15 généralistes… »

Mais on note que les jeunes générations seraient davantage impliquées et capables de prendre en charge ces patients ayant eu recours à la chirurgie bariatrique :

M 14 : Je trouve que les jeunes médecins généralistes sont beaucoup plus dans, enfin sont beaucoup plus au fait de ce qui se fait et des recommandations. […] J'ai des patients qui sont, qui ont été opérés il y a une dizaine d'années, qui ont été suivis au niveau carentiel par un médecin généraliste de manière très approfondie, donc ça c'est bien ! »

- **<u>Du côté des médecins spécialistes hors réseau</u>** de chirurgie bariatrique : ils semblent manquer de connaissances :

M 14 : « Et je pense qu'il y en a aussi pas mal, c'est une méconnaissance de la chirurgie, de la préparation, de tout. - Chez qui du coup ? - Les spécialistes je trouve […] Ils ne comprennent pas pourquoi ça marche, et ils se disent « ah ben finalement on a qu'à tous les opérer, puisqu'on voit que ça marche ».

<u>Ce que certains confirment :</u>

M 9 : « Mais je sais pas, j'ai pas vraiment de connaissances là-dessus. »

M 4 : « Alors, euh, je connais pas bien. Euh, je sais qu'il y a tout un parcours du combattant avant, pour retenir l'indication chirurgicale, et c'est tout à fait normal parce que bon, il faut une expertise psychologique, psychiatrique, il faut voir un petit peu la motivation des gens etc. Euh… »

10 - A la question : « Est-ce que la chirurgie est une solution à l'obésité ? », les médecins répondent par des avis divergents :

M 5 : « Alors moi je trouve ça plutôt positif. Je sais que ma collègue, par exemple, elle est vraiment, pas contre, mais elle est vraiment…. pas très encline à... envoyer des patients. »

M 3 : « Ouais… alors je sais qu'il y a des collègues qui sont totalement opposés à ça. »

<u>y compris au sein de la population des chirurgiens :</u>

M 14 : « C'est dur, mais je pense que c'est plus les chirurgiens qui sont impliqués. C'est soit les chirurgiens pensent que la chirurgie résout tout, y en a encore beaucoup, soit les chirurgiens pensent que la chirurgie est une aide. »

M 2 : « Ça veut dire que, c'est déjà par rapport à certains chirurgiens, il y en a qui croient qu'on va tout régler, mais non, on ne règle pas tout. »

- **<u>Certains médecins pensent que la chirurgie bariatrique ne résout pas le problème d'obésité :</u>**

M 14 : « Pour moi la chirurgie ne résout pas tout. La chirurgie, c'est un coup de pouce. »

- **Car c'est une pathologie chronique** :

M 1 : « Euh… ça ne résout pas l'obésité. Ça résout le poids, mais l'obésité est-ce que c'est que le poids ? »

M 13 : « Et puis euh, l'autre chose que je leur dis, « même opéré, vous serez toujours obèse ! ». « Comment ça ? » « Ben oui... même mince vous serez toujours obèse ! » « ben oui parce que ça… […] y en a qui doivent vivre avec un handicap, ben vous votre truc, le truc qui va vous embêter toute votre vie, c'est votre poids. C'est comme ça. Et vous allez probablement en perdre, hein parce qu'on va vous

aider à en perdre, mais vous allez sûrement en reprendre. Et ce sera quand même votre préoccupation parce que, peut-être que vous allez pas en prendre, mais il faudra surveiller les vitamines ! Donc quoi qu'il arrive, quoi que vous fassiez, il faudra s'en occuper ».

- **Et que l'intervention ne résout pas forcément le problème en profondeur** :

M 12 : « Je vais faire une comparaison mais c'est un petit peu par exemple comme la chirurgie esthétique chez les femmes, qui vont avoir un complexe sur leurs fesses, leurs seins ou ce qu'on veut, qui vont faire la chirurgie qui ne va rien résoudre du tout parce que euh, le complexe il vient d'ailleurs en fait, si y a un problème un peu psychologique à la base ! »

- **Voire même, elle peut exposer à d'autres maux :** ceci sera abordé dans la partie « complications psychiques et psychiques » du chapitre « points faibles de la chirurgie bariatrique. »

M 12 : « Je suis inquiet pour ceux qui perdent du poids, parce que, en général, c'est plus de l'attitude. Je me dis que on s'expose à d'autres, euh, d'autres maux. »

M 1 : « […] Pour moi la chirurgie ça ne résout pas forcément, ça fait perdre du poids, ça peut induire d'autres problèmes, on l'a vu. »

- **<u>D'autres se demandent si la chirurgie résout réellement le problème :</u>**

M 1 : « Moi ma grande question est : est-ce qu'avec la chirurgie on aura solutionné les autres problèmes qui vont avec l'obésité ? Et quels sont-ils ?»

M 11 : a « peur qu'ils soient déçus ». Et se demande : « est-ce que ça règle vraiment le problème à l'origine de l'obésité ? », « est-ce qu'ils sont mieux dans leur tête après ? ». »

- **<u>Alors que d'autres sont convaincus</u>**

M 13 : « Et puis euh… mais je suis convaincue de la chirurgie de l'obésité. »

M 13 : « […] Je suis pas sûre que je le ferais si j'étais pas convaincue… hein, voilà. »

<u>et pensent que la chirurgie peut participer à résoudre le problème :</u>

M 5 : « […] Et je pense que c'est une patiente qui pourrait en bénéficier et pour qui je pense ça peut... je pense que ça peut radicalement changer son problème d'obésité. »

M 12 : « Bon c'est intéressant certes, mais euh ce que, y en a qui me disent j'en ai marre, on va mettre l'anneau et puis hop ça résout le problème comme ça je perds du poids et puis euh… Enfin y a le côté un petit peu magique de la chirurgie, alors que ça résout un petit peu… »

11 - Cette prise en charge des patients atteints d'obésité leur apporte un épanouissement professionnel et personnel aux chirurgiens, qui semble être un élément moteur dans leur travail :

M 13 : « […] C'est riche de tous points de vue, humainement, mais aussi euh, en organisation, faut inventer des organisations, faut, enfin y a plein de choses qu'on peut rattacher à ça. C'est riche sur le plan collaboratif »

M 13 : « […] C'est extrêmement riche comme travail avec les obèses, j'apprends plein de choses. D'abord, y a un petit challenge chirurgical, c'est toujours intéressant de faire des trucs de plus en plus difficiles […] Et, mais, euh, humainement, c'est très très riche comme travail. »

M 13 : « C'est très gratifiant, parce qu'ils nous disent « merci », souvent. Euh… (blanc). Ouais c'est riche, ouais c'est vraiment riche, c'est vraiment très intéressant. » et « ouais, si, les gens ils sont reconnaissants, et ça c'est agréable ! »

12 - Malgré le côté énergivore et difficile de cette prise en charge :

M 13 : « On se rend compte que c'est beaucoup d'énergie pour trois malades, parce qu'il faut emmener tout le monde hein quand vous faites de la chirurgie lourde et rare. Il faut emmener l'anesthésiste, faut emmener le réanimateur, faut vraiment être une sacrée locomotive et utiliser beaucoup d'énergie pour pas beaucoup de malades »

M 13 : « Et puis ben c'est un peu chronophage quand même. (rires) […] Puisqu'il y a quand même beaucoup de travail. »

M 9 : « Bon en général, on en bave, puis derrière ils sont hy-per-con-tents ! »

<u>Ils veillent à se préserver :</u>

M 9 : « Moi ça m'arrive d'opérer des gros, des obésités morbides […] Euh, on y laisse notre santé. Franchement je fais attention maintenant dans mon agenda, je marque quand ils sont en surpoids parce que je peux pas m'en mettre deux comme ça le même jour. - Physiquement c'est difficile ? - Ah ben c'est impressionnant quoi. On ressort lessivé, on a perdu 15L d'eau. C'est vrai hein, c'est difficile pour tout le monde ! »

13 - Finalement, la chirurgie bariatrique ne soulage pas les médecins : il faut rester vigilants dans les suites, et à long terme :

M 1 : « […] je serai toujours vigilant quoi. Je ne baisserai pas la garde, ouais.- L'obésité est toujours là… - Le patient est toujours là »

M 12 : « […] ça résout quelque chose mais ça n'exclut pas qu'il faut toujours continuer à faire attention après, que c'est pas, voilà quoi ».

Car la proportion des patients perdus de vue est encore trop importante, ce qui constitue un problème majeur dans la prise en charge :

M 14 : « Mais c'est après les deux ans là que les patients reprennent du poids, c'est cinq ans après, qu'est-ce qu'ils sont devenus, est-ce qu'on les a pas perdus de vue, sachant que 50 % des patients dans le suivi sont perdus de vue… Et c'est aussi ça le gros problème. Alors, est-ce qu'ils sont perdus de vue du côté chirurgical et endocrinologique, parce qu'on pense quand même qu'ils sont toujours suivis par un médecin généraliste, mais on n'a pas forcément de retour dans les études qui sont publiées sur « qu'est-ce qu'ils deviennent si ils changent de région, si euh, comment ils sont suivis au niveau nutritionnel et au niveau carentiel ? », c'est un peu ça… »

M 2 : « Après j'ai du mal à vous dire les perdus de vue, les suivis, ceux qui ne reviennent pas à la consult, je compte pas tout ça. Mais j'en ai beaucoup qui reviennent pas à la deuxième.»

M 6 : « […] Je pense que, le gros souci, c'est souvent les perdus de vue quand même dans la chirurgie bariatrique hein. »

14- Et malgré la satisfaction globale des patients, qui sont contents et n'éprouvent pas de déception :

M 4 : « Mais des gens déçus, j'en n'ai jamais vu.»

M 13 : « J'ai encore pas eu de personne qui m'ait dit « je regrette de l'avoir fait », sauf une. Y en a une qui regrette, mais c'est un parcours compliqué, elle a commencé par un anneau, elle a eu une sleeve, et ensuite un by-pass. Et [la patiente dit que] c'est la première opération que je ne referais pas »

M 8 : « […] Et une fois opéré, ben c'est là qu'ils voient ce que je vois, par exemple ceux qui ont diminué de 20, 30, 50 kg, j'ai vu même des 70 kg de moins. Ils sont tous contents après. Voilà. »

les médecins redoutent la déception des patients, pour qui l'opération peut être vue comme un eldorado :

M 11 : a « peur qu'ils soient déçus » et se demande « est-ce qu'ils sont mieux dans leur tête après ? ». »

M 3 : « Hein, y en a qui ont une attente démesurée, qui risquent de déprimer, « quand je serai mince, je vais nager dans le bonheur, je serai bien, ça va être merveilleux, je vais trouver le prince charmant, je vais réussir, je ferai tout ce que je veux… ». Ils risquent d'être déçus. Parce que bon, ils auront une esthétique correcte, mais c'est pas pour autant qu'ils en seront plus… »

15 - La chirurgie garde tout de même un côté mystérieux, voire magique, pour les médecins comme pour les patients :

M 1 : « […] Euh c'est assez dingue cette histoire en fait. C'est fou quoi. (rires) Non mais c'est vrai. »

M 12 : « Bon c'est intéressant certes, mais euh ce que, y en a qui me disent j'en ai marre, on va mettre l'anneau et puis hop ça résout le problème comme ça je perds du poids et puis euh… Enfin y a le côté un petit peu magique de la chirurgie, alors, que ça résout un petit peu… »

b) Représentations des conséquences de la chirurgie bariatrique

1 - Les points forts

- **Globalement, la chirurgie bariatrique est une expérience positive, avec des résultats satisfaisants, à la fois pour les médecins et pour les patients :**

M 3 : « Y en a qui vont bien hein. J'en vois pas beaucoup qui vont pas trop bien quoi. » et « Et que, il me semble que pour la petite expérience que j'en ai, les résultats sont pas si mauvais. »

M 8 : « - Oui ça se passe très bien. Ceux que je revois ! »

M 4 : « les gens qui sont passés par la chirurgie, tout ceux que j'ai vu étaient satisfaits. » et « des gens déçus, j'en n'ai jamais vu. »

M 7 : « Donc ça lui a apporté du positif. »

- **Elle est décrite comme métamorphosante par les médecins ; les patients en bénéficiant ont une transformation radicale de leur vie :**

M 4 : « Alors enfin voilà, mais par rapport à ses 150 qu'elle faisait avant, je sais plus combien, enfin, pour elle, ça a radicalement changé sa vie. »

M 6 : « Ben, après, moi je pense que pour des gens qui sont effectivement en souffrance, hé ben y en a qui revivent après et puis des gens qui ont un mieux-être une fois qu'ils ont été opérés, qu'ils ont enfin… retrouvé un poids beaucoup plus normal, ils arrivent mieux à bouger, ils sont transformés quoi. Hein. »

M 9 : « Y a vraiment des gens qui sont miraculés hein. »

- **Avec une transformation physique, un mieux-être :**

M 9 : « Et puis un jour il est venu, il est ambulancier, il vient. J'ai failli pas le reconnaître, tout beau, tout maigre, tout bien ! « Ben je me suis fait opérer. »

M 14 : « Ben ils sont plus à l'aise, ils sont mieux en tout cas extérieurement, ils donnent l'impression d'être mieux dans leur peau. »

M 7 : « Et puis elle s'est mise à s'habiller, alors avant elle était habillée un peu mémère, alors après elle était hauts talons et un peu aguicheuse… elle venait avec des lombalgies avec des talons de 12 cm ou je sais pas combien. Elle disait « ah je suis bien que là-dessus » »

- **Et un rôle prépondérant de la chirurgie réparatrice et esthétique réalisée dans les suites** :

M 4 : « Elle est prête à se mettre en maillot de bain au bord de la rivière tellement elle est heureuse d'avoir perdu tout ce poids et de se sentir mieux dans sa peau. Donc ça la gêne pas d'avoir toutes ces cicatrices partout ! »

M 7 : « Après elle a repris du poids, alors après elle s'est refait une chir esthétique […], elle avait des coutures partout quand je la voyais. »

- **Il s'opère un changement de l'image de soi :**

M 1 : « Mais, souvent, il y a l'image de soi qui change complètement. Alors ça c'est dingue. C'est-à-dire qu'il me dit « je me regarde dans la glace et je vois une autre personne en face » »

M 7 : « Et puis il y en a qui n'y arrivent jamais et sont malheureux de leur état et qui ont envie d'en finir avec cet état-là [….] et qui sont contents, voilà, après la chirurgie, de passer peut-être avec une autre image pour leurs proches et pour les gens autour d'eux. »

- **Peut-être davantage chez les femmes,** la chirurgie les aide à retrouver leur féminité :

M 2 : « ils commencent à remettre des couleurs, ils commencent à supprimer le noir, ils commencent à se remaquiller et je leur fais une remarque. Et une fois maquillée après l'opération, je leur dis hein « on va se reconstruire », on les suit après. Je leur dis « ben la prochaine fois on met des couleurs, la prochaine fois on fait un autre truc »

- **Et peut modifier leur vie sexuelle** :

M 7 : « A partir de sa chirurgie elle a pu avoir une vie sexuelle à mon avis, […] et elle a fait une expérience de vie qu'elle avait pas pu avoir avant parce qu'elle bloquait, parce qu'elle avait une vilaine image d'elle-même. Elle avait une meilleure image d'elle-même et je pense qu'elle a pu vivre quand même des choses qu'elle n'avait pas vécues avant »

M 13 : « Et d'ailleurs c'est des femmes chez qui ça marche bien ! - Ah oui – Parce qu'elles changent de vie. Enfin c'est impressionnant. Elles changent parfois de mari aussi euh, elles font un pas dans leur vie. Elles me disent « merci pour ma deuxième vie » là... »

- **Et, pour les femmes pour qui la grossesse était impossible, la chirurgie leur permet un accès à la maternité :**

M 13 : « C'est des belles histoires quoi. Parce qu'on a des bébés ! - Après ? - Oui, parce qu'on a des bébés qui sont nés depuis, on a des marathoniens… »

M 2 : « Donc ça veut dire, voilà, on est à un an et demi, on parle de chirurgie réparatrice, le poids est stabilisé, on parle de grossesse […] »

2 - Les points faibles

Malgré tous les points positifs évoqués ci-dessus, les médecins voient dans la chirurgie bariatrique un certain nombre d'inconvénients et éprouvent des craintes :

- **Les complications psychiques, survenant chez le patient opéré, suite au changement de perception de l'image de soi :**

  - **Une instabilité psychique, avec une nécessité d'adaptation, pour le patient :**

M 1 : « Mais, souvent, il y a l'image de soi qui change complètement. Alors ça c'est dingue. C'est-à-dire qu'il me dit « je me regarde dans la glace et je vois une autre personne en face. […] Et ça c'est déstabilisant au possible pour le patient. »

Mais également pour son entourage :

M 12 : « J'ai eu des remarques étranges, mais plusieurs fois, de l'épouse qui était déstabilisée parce que le mari, qui habituellement avait un bon coup de fourchette et puis qui passait, hé bien, qu'il mange qu'une demi patate et puis qui est rassasié, et du coup l'épouse qui…. Ouais voilà.»

  - **Ceci nécessite des efforts, entrainant parfois des difficultés d'adaptation :**

Au sein du couple,

M 3 : « Y a des couples qui divorcent (rires), avec des maris un peu jaloux ! »

De la famille :

M 3 : « Parce qu'il ne pouvait plus, euh, manger. […] il ne mangeait plus avec sa famille, avec ses filles, comme il ne pouvait plus manger comme elles. Alors il mangeait tout seul. Ça avait vraiment désorganisé la vie familiale, il mangeait dans son coin, il mangeait pas grand-chose. Il déprimait un peu. C'est pour ça qu'on essaie de préparer le patient à tout ça. »

Ou dans la vie quotidienne :

M 3 : « J'ai un ou deux patients qui ont déprimé après leur opération, qui a bien réussi hein […] ils ont perdu du poids, mais ils ont pas bien supporté, un patient en particulier. Bon c'est pas esthétiquement, c'est pas qu'il se reconnaissait pas, mais il avait l'impression d'avoir, de ne plus avoir la force qu'il avait autrefois. »

- **Un risque accru de développer une addiction, en transposant celle de l'alimentation à autre chose :**

M 10 : « il disait que une des complications après euh c'était les toxicomanies. Hé bien, c'est assez intéressant, parce que il y a un espèce de déplacement, ce besoin de sensations. Et puis ça ne peut plus passer par… […] par déglutir, donc ça va se porter sur d'autres euh, sur d'autres choses. (blanc) »

Ainsi qu'un risque de frustration par rapport à la nourriture et la convivialité :

M 3 : « Pas d'emblée, c'est sûr que dans le cas des gens qui aiment bien la bonne chère, qui aiment manger, poser la question après de la frustration, de ne plus pouvoir… - Secondaire à la chirurgie ? - Oui ! De pouvoir euh, manger comme avant, la perte de la convivialité, on se pose souvent la question de ne pas transformer comme dit Apfeldorfer, c'est un psychiatre qui s'intéresse aussi entre autres, aux obèses, hein je mange donc je suis »

- **Le risque de rendre le patient malheureux**

M 3 : « on se pose souvent la question de ne pas transformer comme dit Apfeldorfer […] « faut pas transformer un obèse pas forcément heureux, un obèse qui vit quand même, en un maigre, en un mince malheureux comme les pierres, toute sa vie » »

- **D'où l'importance d'un suivi psychiatrique régulier, mais qui n'est pas toujours réalisé :**

M 3 : « Mais bon, je vois moins les patients une fois opérés. Les patients, ils ne reviennent pas tous. »

- **Les complications physiques :**
  - **en per-opératoire,** des risques dont ils informent d'autant plus les patients qu'ils les redoutent :

M 12 : « je leur cache pas que voilà, c'est quand même euh, c'est pas… Y a une morbi-mortalité qui est pas, qui est non nulle quoi. »

M 12 : « J'insiste beaucoup quand on en parle sur les risques, parce que on a une patiente sur le cabinet qui est décédée d'une embolie pulmonaire après avoir été opérée d'une chirurgie bariatrique »

- **<u>mais aussi en post-opératoire</u>**, à court, moyen ou long terme :

<u>Une perte de poids excessive et non contrôlée qui inquiète les médecins</u>

M 7 : « Parce que voilà, parmi les personnes qui y sont passées, j'ai une patiente qui a été abusée […] qui va pas bien qui en a bénéficié… au départ on est reparti, elle était quasiment en anorexie, elle m'a fait peur, je me suis dit, elle était passée de 120 à, je sais pas, 45 kg. »

M 3 : « On a des fois quelques opérées qui vont trop loin, pour lesquelles ça va trop loin, pour lesquelles ça va au-delà, et qui deviennent trop fines, maigres même. »

<u>Un risque iatrogène</u> :

- ✓ vis-à-vis de nouvelles pathologies

M 12 : « Évidemment en post-op immédiat je vais me poser la question de…, ben d'un risque, d'une complication de la chirurgie. »

M 8 : « - Échec dans le sens… ? Où il y a des complications post-opératoires ? - Les deux. »

M 1 : « Et alors des fois ça se passe pas bien niveau physique pour le coup.- Et ça du coup au cabinet ça se gère comment ? -Oh c'est avec le chirurgien, euh, oh c'est chiant ça. Hum »

- ✓ vis-à-vis de certains médicaments, avec des difficultés de prescription, même à distance :

M 12 : « Euh, si, je me pose toujours la question pour les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les choses comme ça après, même longtemps après. Euh… sur la prescription d'anti-inflammatoires, surtout quand ils ont des douleurs abdominales, quand ils ont des vomissements, quand ils ont des, des troubles digestifs. »

- ✓ vis-à-vis de carences nutritionnelles, qu'il conviendra de surveiller régulièrement,

M 13 : « Et ce sera quand même votre préoccupation parce que, peut-être que vous allez pas en prendre, mais il faudra surveiller les vitamines ! Donc quoi qu'il arrive, quoi que vous fassiez, il faudra s'en occuper ». »

M 1 : « Enfin, après pour les patients opérés je fais gaffe aux carences etc. mais ça c'est plus le côté médical. Donc il y a des choses spécifiques au patient opéré médicalement parlant. […]. Mais pas plus, je serai toujours vigilant quoi. Je ne baisserai pas la garde, ouais. »

M 6 : « Après on va dire que les inconvénients ben c'est par rapport au côté carentiel, en fonction de la chirurgie qui a été faite. »

<u>qui peuvent s'avérer être de véritables contraintes pour le patient :</u>

M 12 : « Moi j'ai une patiente elle m'a déjà dit, elle est déjà régulièrement supplémentée en VENOFER®, en vitamine B12, elle va à l'hôpital enfin c'est euh….- C'est quand même contraignant… »

une incertitude concernant les conditions de vieillissement des patients, compte-tenu des carences potentielles

M 9 : « On est bien carencés nous, enfin les vieux sont tous dénutris, euh… Moi j'ai toujours dit que faut tous leur mettre des compléments alimentaires, ils sortent tous du service de gériatrie avec des FRUITS AND FIBRES® trois par jour et puis des machins là, du petit lait NUTRIMEL® en plus. Ça fait partie du vieillissement de perdre des muscles, d'avoir de l'ostéoporose et puis être carencé. Ben oui ! On peut pas… Des vieux qui ont un corps de jeune, ça n'existe pas hein, donc euh… Pour moi, ça fait partie du vieillissement normal. Ceci dit, à quarante ans, commencer à se faire des by-pass ou des machins, je sais pas comment ils arriveront vieux hein, ceux-là. »

M 9 : « Je le vois quand même comme un risque sur l'avenir. […] Est-ce qu'ils vont vieillir ? Est-ce qu'ils vont développer un Alzheimer plus que les autres ? Parce que, y a tellement d'hypothèses quand on vieillit ! »

des difficultés lors d'autres interventions chirurgicales, que cela complique notamment sur le plan de la cicatrisation :

M 9 : « Mais c'est quand même une chirurgie à risque. Pour la cicatrisation, ça c'est atroce. Ça c'est sûr, c'est une peau à risque. »

Avec des stigmates indélébiles de l'opération :

M 4 : « Elle a été multi-opérée parce qu'après il fallait reprendre au niveau de la peau, y avait des cicatrices un peu partout parce qu'il fallait retendre la peau etc. »

M 4 : « Oui, une chirurgie de l'obésité, et donc derrière y a eu d'autres interventions pour des réajustements un peu partout »

Qui peuvent induire une gêne esthétique :

M 4 : « Pis, pour d'autres personnes, c'est vrai qu'une petite cicatrice cachée dans un coin ça va les embêter. »

- **Le risque d'échec du traitement chirurgical,** car on observe encore une reprise pondérale à moyen ou long terme

M 12 : « je pense à une dame qui a été opérée, je pense à elle parce qu'elle a été opérée donc elle c'est vieux, elle avait un anneau, enfin elle a un anneau, et elle a repris du poids. »

M 8 : « […] la chirurgie bariatrique, qui actuellement je dirais est à, pas à ses débuts, mais disons qui a donné des preuves mais au long cours on ne sait pas ce que ça va donner. Parce que, ce qu'on commence à voir, c'est que ces gens-là, ils recommencent à prendre du poids. Dans les statistiques de pays qui ont appliqué ça depuis vingt ans, on commence à revoir des gens qui ont repris du poids »

M 13 : « Et vous allez probablement en perdre, hein parce qu'on va vous aider à en perdre, mais vous allez sûrement en reprendre. »

- **Dans tous les cas, la maladie « obésité » ne disparait pas, car il s'agit d'une pathologie chronique :**

M 13 : « Et puis euh, l'autre chose que je leur dis, « même opéré, vous serez toujours obèse ! ». « Comment ça ? » « Ben oui... même mince vous serez toujours obèse ! ». (blanc) - (rire de ses mimiques) - « ben oui parce que ça… y en a qui doivent vivre avec un long nez, y en a qui doivent vivre avec un pied bot, y en a qui doivent vivre avec un handicap, ben vous votre truc, le truc qui va vous embêter toute votre vie, c'est votre poids. C'est comme ça. Et vous allez probablement en perdre, hein parce qu'on va vous aider à en perdre, mais vous allez sûrement en reprendre. Et ce sera quand même votre préoccupation parce que, peut-être que vous allez pas en prendre, mais il faudra surveiller les vitamines ! Donc quoi qu'il arrive, quoi que vous fassiez, il faudra s'en occuper ».

M 13 : « […] ça résout quelque chose, mais ça n'exclut pas qu'il faut toujours continuer à faire attention après, que c'est pas, voilà quoi ». - Que c'est pas terminé ? - C'est pas terminé. »

C. Représentations des patients allant à la chirurgie

a) Portraits

Schématiquement, les médecins ont dressé deux portraits des patients recourant à la chirurgie bariatrique, avec différentes façons d'entreprendre la démarche chirurgicale de prise en charge de leur obésité :

1 - 1er portrait : Patients motivés qui ont un vrai désir de changement émanant d'une souffrance, physique ou morale, trop lourde à porter :

M 13 : « Donc y a toujours, si, quand ils viennent pour envisager de se faire opérer pour maigrir, y a forcément une souffrance derrière l'obésité. » « Alors ça dépend. C'est parfois une souffrance physique, et parfois une souffrance morale. »

M 9 : « Les opérés, ils ont envie de changer un jour quoi, ils se regardent. »

- **Ils sont prêts à tout** :

M 13 : « - Oh, ils disent « oui, oui », ils sont prêts à tout ! »

- **<u>Leurs motivations sont importantes</u>** :

  - **Améliorer leur état de santé actuel**

M 6 : « Bien souvent, c'est quand même l'amélioration de l'état de santé, parce qu'ils ont des douleurs articulaires, c'est souvent quand même le motif. »

  - **Ou prévenir l'apparition de complications/comorbidités, que ce soit chez les patients jeunes**

M 3 : « Mais chez les jeunes femmes, chez les jeunes, quoi que les hommes aussi, les complications ne sont pas là, ils disent, bon, éviter les complications, ma mère est diabétique, comme elle est, elle se pique etc… c'est pas marrant, éviter les complications. »

  - **Ou plus âgés**

M 3 : « Y a des patients qui mettent en avant, à juste titre, l'aspect santé, plus les patients d'un certain âge d'ailleurs […] qui veulent éliminer les complications qui sont déjà là, pour qui l'aspect esthétique a moins d'importance, ou le regard des autres a moins d'importance. »

  - **Améliorer le regard porté sur eux**

<u>Que ce soit leur propre regard</u>

M 6 : « Et puis euh aussi je pense que c'est le regard, le regard extérieur hein… […] Y a leur sentiment à eux, déjà eux je pense qu'ils sont pas bien dans leur peau, mais en plus si le regard extérieur leur fait sentir qu'ils sont aussi euh…, comme ça, je pense que c'est difficile à vivre quoi. »

<u>ou le regard des autres</u>

M 13 : « L'idée, c'est quand même qu'ils le font pour eux, hein, pas pour les autres. Mais souvent ils recherchent quand même une motivation dans le regard des autres »

M 13 : « Et que c'est souvent, c'est ça qui leur a fait prendre conscience qu'il fallait vraiment faire quelque chose. […] donc il y a quand même toujours quelque chose de physique mais euh, souvent, euh, c'est la souffrance du regard des autres. »

<u>Et que les gens arrêtent de les cataloguer</u> :

M 7 : « Et puis il y en a qui n'y arrivent jamais et sont malheureux de leur état et qui ont envie d'en finir avec cet état-là et qui ont envie qu'on arrête de les prendre pour des gens qui font pas d'efforts, qui mangent toujours trop et qui sont contents, voilà, après la chirurgie, de passer peut-être avec une autre image pour leurs proches et pour les gens autour d'eux »

- **Avoir envie de tenter cette expérience en voyant les effets bénéfiques chez une personne de leur entourage ayant été opérée : ils ont fréquemment un modèle de réussite de la chirurgie bariatrique parmi leurs connaissances.**

M 2 : « Ceux qui sont orientés se connaissent tous entre eux, ils ont tous discuté, ils ont tous des copains, des machins, j'ai souvent la famille etc…»

- **Avoir eu un déclic, avec une réelle prise de conscience sur la nécessité de changer**

A un moment donné de leur vie :

M 13 : « on est quand même sur des personnes qui ont déjà compris beaucoup de choses et qui arrivent à un moment de leur vie où elles décident de changer.»

M 9 : « Les opérés, ils ont envie de se changer un jour quoi, ils se regardent. »

Avec une prise de conscience pour les générations suivantes, par exemple leurs enfants :

M 13 : « et puis, la prise de conscience par rapport à la génération suivante. Euh… Les femmes qui disent... […] « ce qui m'a fait le déclic, c'est quand mon fils est revenu à la maison, il s'était battu à l'école. Et je lui ai demandé pourquoi. Il m'a dit « c'est pour te défendre, parce qu'on t'a insultée, parce que tu es trop grosse » ». Et elle m'a dit, quand, enfin, l'obésité qui devient une souffrance pour la génération suivante. C'est-à-dire des enfants qui peuvent pas s'amuser comme ils veulent parce que leur maman peut pas les emmener faire des trucs. Ou leur papa. Ou les papas qui ont envie de faire du sport avec leurs enfants, et qui peuvent plus. L'idée de faire quelque chose pour la génération suivante. Ou d'être encore en vie et en bonne santé pour la génération suivante. »

Ou lors d'une altération majeure de leur état de santé

M 4 : « et pis peut-être qu'un jour, si ils font un problème cardiovasculaire ou autre, et qu'il y aura quelque chose euh… »

avec de multiples symptômes qui s'expriment et ont un retentissement sur leur qualité de vie

M 4 : « C'est vrai que le fait qu'il y ait plusieurs éléments qui se surajoutent font qu'un beau jour, c'est pas forcément pour cette raison-là, mais c'est l'accumulation avec les raisons précédentes, qui font qu'ils vont prendre une décision quoi. Alors ça peut être une gonarthrose qui se décompense, en se disant « ben cette fois je peux plus marcher, il faut vraiment que je fasse quelque chose ». Y a une prise de conscience qui peut se faire à cette occasion-là. »

M 13 : « Quelquefois, euh, elle est pas exprimée, c'est-à-dire que, y en a qui vous disent « y a pas si longtemps, ça me gênait pas d'être gros » « Ça me gênait pas, et puis tout d'un coup c'est devenu gênant ». Hein, soit parce que on leur a trouvé une maladie, ça, ça les embête vraiment»

ou ils prennent conscience de leur obésité comme maladie

M 13 : « Je suis pas prête du tout à y renoncer, mais parce que je me sens pas malade de mon obésité. Je suppose que les gens qui ont une telle souffrance, qui sont, après, ça change tout ! »

- **Ce sont des patients qui ont du mérite**, car ils ont déjà fait de nombreux efforts, qui se sont soldés par des échecs

M 3 : « […] y a des patients qui ont 10, 15, 20 ans d'obésité derrière eux, qui ont fait beaucoup de choses, beaucoup de régimes entre guillemets…- Qui n'ont pas fonctionné…- Si, ça marche très bien. (rires) Régimes hyper-protéinés, la soupe aux choux, Weight Watcher® qui est peut-être pas le plus mauvais, mais y a reprise, à partir du moment où on reprend les habitudes alimentaires antérieures, y a reprise, euh, ils ont tout fait euh… »

M 7 : « moi je ne vais pas dénigrer celui qui a été à la chirurgie en disant « ah ben ouais facile », parce que, souvent, les efforts ils y étaient avant et puis ils n'y arrivaient pas, donc bon. »

- **Ils font davantage attention à leur image** que les patients non demandeurs de chirurgie bariatrique

  - **Les femmes prennent plus soin d'elles**

M 11 : « En tout cas, les patients « obèses qui vont à la chirurgie bariatrique sont des gens qui prennent soin de leur apparence, qui font attention à leur image. Les dames sont maquillées. »

  - **Et si ces patients font preuve d'une hygiène imparfaite, ce n'est pas faute de motivation mais davantage une incapacité à le faire**

M 11 : « « s'ils ne le font pas [en parlant de l'entretien de leurs pieds], c'est parce qu'ils n'y arrivent pas ». Les autres patients obèses «sont plus négligés ». »

- **Ils possèdent une certaine force de caractère**, qui leur permet de mieux se prendre en main **:**

M 9 : « Faut quand même une certaine force pour venir se faire opérer de ça, je pense. Parce que c'est quand même en plus risqué comme chirurgie. […] Mais bon. Si on a vraiment envie de se sortir de l'ornière où on est euh, pourquoi pas.»

M 9 : « […] faut bien qu'un médecin leur dise « ben oui, c'est évident, et puis si vous maigrissez ce sera beaucoup mieux ». C'est une pierre de plus dans le vase qui va se remplir pour aller faire de la chirurgie bariatrique, ça y en a des comme-ça, c'est vrai. Et puis y en a d'autres vraiment ils sont, (souffle), on voit bien qu'ils sont euh, non, de toute façon on peut dire tout ce qu'on veut, ça rentrera pas et ils seront pas opérés. Ils ont pas cette force de caractère-là, ils nous le disent hein. Ou ils ont vu ou entendu des expériences pas heureuses et puis euh ils sont pas prêts à faire ça. »

Contrairement à ceux qui ne franchissent pas le pas de la chirurgie :

M 9 : « - Euh… je pense, mais alors ça, ça va être affreux hein, de critiquer, mais je pense la faiblesse morale, parce que je pense qu'à un moment donné faut se regarder dans une glace et puis dire « attends, t'as vu ce que tu deviens ? ». Donc euh, ouais, je pense qu'ils manquent peut-être de force de caractère. »

- **Certains patients demandeurs de chirurgie sont même d'anciens sportifs, ce qui constitue un facteur de bon pronostic pour la réussite de la prise en charge**

M 13 : « Des gens qui sont allés jusqu'au marathon, qui se sont mis à faire du sport, ou des triathlètes… […] Ah, ils ont quand même souvent un passé de sportif. C'est un très bon, c'est un bon pronostic ça, un ancien sportif à l'adolescence, qui a arrêté, qui a pris 40 kg parce que ben il a arrêté de faire du sport justement […] Et puis il retrouve le goût au sport, et ça, ça marche, c'est de bon pronostic les gens qui ont été sportifs avant. »

- **Mais malgré leurs motivations, il existe, comme dans toute décision, une réflexion avant la chirurgie avec des inquiétudes, ce qu'on pourrait nommer des freins, qui peuvent conduire à renoncer au geste.**

Il peut s'agir :

- **d'un événement de vie**

M 13 : « […] ils trouvent un boulot, ben ils prennent le boulot, ils remettent leur projet. Ou des étudiants qui trouvent une formation, qui réussissent un concours. Y a quelques personnes, c'est une question de vie, quoi. »

- **de réticences de la part de l'entourage**, qui n'est pas toujours prêt

M 13 : « Parce que souvent il y a des réticences de la part du compagnon, ou des inquiétudes, et je dis « ben venez ensemble, qu'il puisse me poser des questions ou qu'elle puisse me poser des questions si y a des choses qui lui font peur ».»

Mais les patients finissent par réintégrer le parcours tellement leur souffrance est importante, après avoir convaincu leur entourage proche

M 13 : « Et puis y en a deux ou trois qui ont peur, qui renoncent, qui se disent « non, mon entourage est trop réticent, ils ont trop peur pour moi, j'y vais pas ». Ceux-là, souvent, au bout de deux ans, ils reviennent. - Ah oui ? - Oui, parce qu'ils ont, ils finissent souvent par convaincre leur entourage, parce qu'ils souffrent tellement de leur obésité qu'ils y arrivent. Alors j'en ai plusieurs comme ça qui ont presque, qui sont arrivés à six-huit mois de suivi, et puis tout d'un coup on les voit plus, et puis tout d'un coup, deux ans après, ils redébarquent en disant « ben oui je sais, j'étais presque allé au bout mais mon père/ mon mari avait tellement peur que j'ai pas voulu lui faire ça, j'ai pas fait… Et puis là, il a compris que je le faisais vraiment pour moi, et maintenant je viens, on est tous d'accord ». Voilà. »

- **du problème posé par une chirurgie portant sur un organe sain, qui interroge le patient sur le plan éthique**

M 3 : « Et y aussi des patients qui y vont un peu à reculons, et beaucoup qui réfléchissent, qui voient le problème : «mon estomac, il est sain, il a rien demandé. Cette opération consiste à mutiler un estomac de sain qui n'a rien demandé. » et puis avec l'anneau on voyait « ah introduire un corps étranger dans mon organisme, non… » « écoutez, si vous avez besoin d'une prothèse, on va mettre une prothèse, si vous avez besoin d'un stent, on va mettre un stent… (rires), ben là ce corps étranger qui était extérieur à l'estomac, ben on pouvait l'enlever… »

- Mais parfois ce n'est pas la chirurgie à tout prix, et **la grande motivation du patient conduit à renoncer à la chirurgie** car le problème a été résolu autrement :

M 6 : « Euh, et puis après, il y a celui qui fait tout bien, et qui vient, voilà, après y en a même qu'on suit, qui ont un parcours de chirurgie, et puis qu'au final ils ont tellement tout fait bien qu'il n y a plus de nécessité quoi. »

M 6 : « Moi j'ai une dame qui partait je crois à plus de 100 kg, elle est arrivée, elle avait, elle était à 75 kg quoi. Juste avec le changement de comportement, le suivi… - Ça a plutôt bien marché pour elle du coup - Oui, voilà. »

2 - 2ème portrait : Patients qui souhaitent d'emblée avoir recours à la chirurgie, car elle leur permet de régler leur problème pondéral avec des avantages :

- **<u>Sans fournir trop d'efforts : c'est une solution de facilité</u>**

M 2 : «Et est-ce que vous voyez arriver au cabinet des gens qui viennent pour se faire opérer mais qui n'ont pas essayé du tout la diététique, l'activité physique etc. ? - Ah oui ! Oui, ils viennent ! Ah ben ils viennent d'eux même. […] Oui, parce que c'est une solution de facilité la chirurgie ! C'est plus facile que de faire un régime hein !! Non mais c'est ça qui se passe ! »

M 4 : « Y a aussi des gens qui sont, qui ont pas forcément des obésités très importantes, mais qui se disent que ça peut être la solution de facilité et qui vont du coup pas faire d'efforts avant pour essayer de voir si, avec quelques conseils diététiques, et en essayant de se prendre en charge soi-même si c'est pas suffisant, mais y en a qui sont prêts à aller directement à la chirurgie.»

M 11 : « « C'est une solution de facilité d'aller à la chirurgie ! » »

M 3 : « Et y a des patients qui voient ça comme une solution miracle, baguette magique, un peu solution de facilité, qu'il faut opérer, et puis toc. »

- **En un temps très restreint**

M 2 : « C'est facile maintenant ! C'est ça. Le problème de la chirurgie bariatrique, c'est que maintenant une sleeve on rentre le lundi matin, on sort le mercredi ! On a deux nuits d'hospitalisation. »

- **Cela leur permet d'éviter de se remettre en question…**

M 4 : « Je crois quand même qu'il y a des gens quand même pour lesquels ça leur évite de se remettre en question, ils se disent bon ben « je vais me faire opérer... » »

- **… Ou de se déculpabiliser**

M 11 : « Elle a reçu en consultation une mère et sa fille d'une vingtaine d'années toutes les deux en consultation pré-chirurgie bariatrique. […] « elle se déculpabilise d'aller à la chirurgie avec sa fille », pour trouver une solution. « C'est une solution de facilité d'aller à la chirurgie ! ». »

- **<u>Mais, au fond, ils n'ont pas de réelle motivation</u>**

M 4 : « Je pense qu'un jour ou l'autre, soit ils seront récusés, soit ça se passera pas bien parce que s'ils ont pas déjà en eux le désir de se prendre en charge soi-même avant que la chirurgie vienne donner un petit coup de pouce supplémentaire à leur projet d'amélioration de vie, parce que c'est aussi ça. »

- **<u>Pour eux, la chirurgie est une fin en soi :</u>**

M 14 : « - Hé bien, ils sont pas contents, parce que ça rallonge le… Parce que leur but, eux, c'est d'être opéré, quoi qu'il arrive. On a beau leur dire tout ce qu'on veut sur, il faut les évaluer et tout ça, pour eux, la finalité, c'est l'opération. »

- **Donc ils sont impatients d'en bénéficier**

M 1 : « Alors tous les patients ne vont pas de la même façon à la chirurgie. Il y en a qui veulent y aller tout de suite, tout de suite, tout de suite. […] Mais il y en a, bon, ils vont voir le chirurgien et hop on y va. »

- **Et se croient prêts, avant même d'avoir débuté le parcours de préparation**

M 13 : « Et les obèses ils ont une histoire, ils ont une histoire de régime, ils ont un vécu… Souvent c'est pas, y a eu des choses avant. C'est pour ça quand ils disent « ben ça y est, j'ai fait mon parcours, ça fait dix ans que je réfléchis, maintenant je suis là, je suis prêt ». […] Et ils comprennent pas qu'on n'accepte pas l'idée qu'ils ont réfléchi longtemps avant. »

- **Alors qu'ils ignorent ce qu'ils attendent concrètement de la perte de poids espérée**

M 3 : « Vous avez du mal à avancer avec certains ? - Ouais. «Je suis prêt, je suis prêt ». Ah oui je sais tout, je suis prêt. Bien sûr. Pis, des fois, je leur demande « qu'est-ce que vous attendez de l'opération ? ». « Perdre du poids », ben ça d'accord. « Qu'est-ce que vous attendez de la perte de poids ? » (éclats de rire). »

- **<u>Ils ne voient pas l'utilité du parcours pré-chirurgical, qui permet une maturation</u>**

  - **Pour eux, il s'agit souvent d'une simple case à cocher pour passer à la suite :**

M 6 : « Y en a qui vraiment se disent « ah ben j'ai juste une croix à cocher pour que mon parcours il soit validé », donc ça, généralement, ça part pas trop bien quand c'est comme ça, parce que c'est souvent ceux-là qui ne reviennent pas après… ou qui lâchent le suivi une fois qu'ils sont opérés, et ça… »

  - **Cependant, même si le suivi au long cours est nécessaire, le médecin essaie de ne pas culpabiliser le patient qui revient faire un suivi :**

M 6 : « je ne suis pas pour les culpabiliser de toute façon hein. Donc, déjà s'ils reviennent c'est bien, je trouve que c'est bien quoi. Mais après je vais, je lui ferai peut-être une petite remarque par contre s'il avait rendez-vous et puis qu'il est pas venu et puis qu'il a pas prévenu quoi… Voilà. Je vais lui dire que… »

  - **S'estimant déjà heureux de pouvoir reprendre un suivi avec lui plutôt que pas du tout**

M 6 : « Mais oui je ne vais pas les culpabiliser, parce que déjà que s'il a fait la démarche quand même de reprendre rendez-vous et puis qu'il vient, si je lui dis que ça va pas du tout après de toute façon je vais plus le revoir du tout donc euh… »

  - **En effet, les perdus de vue représentent une inquiétude pour bon nombre de médecins**. Cela sera abordé dans le chapitre du même nom dans la partie « représentations de la chirurgie bariatrique »

- **<u>D'une façon générale, ils sont moins compliants</u>**

  - **Notamment dans la réalisation du journal alimentaire et l'application des conseils alimentaires :**

M 6 : « Et du coup, ceux qui ont le projet de chirurgie, eux, vous avez l'impression qu'ils font moins les efforts que vous leur demandez de faire ou pas ? - Ben après ils sont obligés quand même d'en faire un peu. Mais ils vont, je sais pas comment dire, (blanc), ils vont quand même essayer de modifier, parce qu'il y a des choses que s'il ne modifient pas ils seront pas opérés de toute façon, un qui va

consommer des boissons gazeuses, par exemple, et s'il ne modifie pas son comportement de toute façon le chirurgien l'opérera pas quoi … Donc ils vont peut-être modifier certaines choses mais peut-être pas toutes. »

M 6 : « On va dire, ceux qui font le journal alimentaire, c'est souvent ceux qui n'ont pas de projet de chirurgie justement hein, qui sont un peu plus disciplinés de ce côté-là. »

- **Sur le plan de l'activité physique**, ils ont toujours une excuse pour ne pas commencer, malgré les conseils très concrets du médecin

M 2 : « Tout le monde peut faire du sport. Ils me disent tous « ah ben non c'est trop cher » etc. Moi je vais sur le site du bon coin et le vélo d'appartement il est à 25 euros ou à 15 euros … […] Donc on arrive toujours à leur trouver une excuse… C'est-à-dire que moi, la règle ici, y a pas d'excuse. »

Et cela malgré le fait que leur métabolisme nécessite de faire une activité plus courte qu'une personne normo-pondérée pour les mêmes effets

M 2 : « «Vous avez pas le temps de faire du sport ? » « ben si, pour faire du sport quand vous êtes gros, il faut cinq minutes ! ». C'est-à-dire qu'un gros, moi je fais du sport ou vous, il faut une demi-heure pour commencer à transpirer, eux, au bout de cinq minutes, c'est comme s'ils avaient fait leur séance. »

- **Il arrive même qu'ils soient manipulateurs** et mentent concernant leur suivi pluridisciplinaire pendant le parcours :

M 13 : « Et moi j'en ai qui me disent « oui oui ça se passe très bien », et puis tout d'un coup je demande au Dr X [nom] son avis, et puis il me dit qu'il l'a vu une fois ! (rires) - (rires) - Donc il faut vraiment tout vérifier. Parce que les patients sont vraiment manipulateurs… y en a qui sont manipulateurs.»

- **Ils ignorent souvent les risques** liés à leurs comorbidités

M 14 : « Pareil pour les comorbidités, où ils sont pas tous au clair sur ce qui peut leur arriver, surtout chez les patients jeunes bien sûr, dans la vie, si on les prend pas en charge. »

et ignorent l'importance du suivi pré-chirurgical :

M 14 : « Après, y en a beaucoup qui sont étonnés sur la longueur du suivi avant, parce qu'ils comprennent pas pourquoi on attend autant[…] Et c'est là où je leur explique vraiment que, en fait, on attend autant pour qu'ils soient prêts physiquement, psychologiquement à avoir une opération, et surtout on va évaluer pendant ces neufs mois, si l'opération va les aider »

- **<u>Donc les médecins insistent bien sur l'importance de la compréhension de la démarche par le patient :</u>**

M 13 : « moi je vais peut-être les aider un peu avec mes agrafes, mais c'est eux qui vont faire le boulot quoi. Ça va être du boulot, pour eux ! […] En fait, ils s'en rendent pas toujours compte avant l'opération. Y en a quelques-uns qui comprennent, et puis y en a quelques-uns qui ne comprennent qu'après. »

M 14 : « […] Et d'une parce qu'ils ont pas l'impression d'en avoir besoin, et de deux parce qu'ils ne comprennent pas pourquoi il faut les suivre avant de les opérer. En gros. »

- **En effet, il existe des facteurs de mauvais pronostic**

<u>notamment avoir une obésité familiale ou très ancienne</u>

M 14: « Sachant que je trouve les plus durs à traiter et à évaluer, c'est ceux qui ont une obésité très ancienne, qui ont un terrain familial où tout le monde est obèse chez eux […] »

<u>avoir un faible niveau socio-économique</u>

M 14 : « […] qui ont des conditions socio-économiques assez déplorables. Ceux-là, c'est dur de se dire qu'on va les aider sur le long terme.

<u>ou avoir une mauvaise compréhension de la démarche préparatoire à la chirurgie bariatrique ou avoir des critères d'indication qui sont limites</u>

M 14 : « Oui, c'est un peu aussi quand je leur dis tout de suite « la chirurgie marche pas », ils comprennent pas. […] les patients qui n'ont pas les critères, qui sont limites- et qui ont dans leur entourage quelqu'un qui s'est fait opérer, pour qui ça a bien marché, ils comprennent pas pourquoi je leur dis pas à eux que « oui, je vais les opérer ». « Les gens comprennent pas. » « Oui, ça c'est très difficile à faire comprendre. » »

M 13 : « Parce que j'ai bien vu qu'ils n'entendaient pas ce que je disais au début quoi. […] Depuis le début, ils ont pas compris, quoi »

- **La présence de ces facteurs de mauvais pronostic conduit le chirurgien à peser davantage l'indication opératoire, afin de ne pas réaliser un geste qui sera vaincu d'avance :**

M 14 : ***«*** *on prend plus de précautions. On se demande vraiment « est-ce que ça va avoir un intérêt de les opérer ? Est-ce que ça va pas être juste pour un bénéfice pendant deux ans ? », puisqu'on sait que, deux ans, dans les deux ans qui suivent la chirurgie, tout va marcher. Ça c'est sûr. »*

- **Le parcours pré-chirurgical permet au chirurgien d'évaluer les chances de réussite** de l'opération, et très souvent les patients pour qui le traitement échoue sont les patients que le chirurgien s'attendait à trouver.

M 13 : « […] je pense que je commence à être assez avertie sur le pronostic, c'est-à-dire que ceux qui perdent pas de poids, souvent c'est quand même ceux que je m'attendais à ce qu'ils perdent pas de poids. »

- **Il arrive cependant que des patients un peu récalcitrants pour réaliser le parcours finissent par y voir du positif car cela leur a permis d'être prêts** :

M 14 : « Et finalement je trouve des patients qui voulaient se faire opérer tout de suite, et qui, au bout des neuf mois de suivi, me disent « merci de m'avoir fait attendre, puisque maintenant je suis prêt psychologiquement et physiquement à avoir l'opération ».

b) Points communs pour les deux portraits

- **Les deux types de patients décrits ont parfois des attentes démesurées avec un risque de déception important que les médecins redoutent**

M 3 : « Hein, y en a qui ont une attente démesurée, qui risquent de déprimer […] Ils risquent d'être déçus. Parce que bon, ils auront une esthétique correcte, mais c'est pas pour autant qu'ils en seront plus… »

M 11 : a « peur qu'ils soient déçus »

- **Il arrive qu'ils demandent une deuxième chirurgie, faisant preuve d'un grand désespoir et prêts à tout :**

M 1 : « Ben après s'il y a échec mais pas de douleurs, pas de complications, après le patient se dit « je peux avoir une autre chirurgie ? » […] Ah ouais. Il y en a chez qui il y a un tel désespoir qu'ils seraient prêts à tout. C'est affreux. »

- **Mais globalement ils sont satisfaits de la chirurgie** : cela sera davantage détaillé dans le chapitre « points forts de la chirurgie bariatrique ».

M 4 : « les gens qui sont passés par la chirurgie, tout ceux que j'ai vu étaient satisfaits. » et « des gens déçus, j'en n'ai jamais vu. »

c) Mais peut-on vraiment comparer les patients obèses qui ont recours à la chirurgie et ceux qui n'y ont pas recours ?

- **pour certains médecins : il n'y a pas de comparaison possible car c'est une filière différente**

M 7 : « Et donc c'est plus une histoire de, un sorte de filière, c'est-à-dire qu'il y a tous ceux qui viennent. […] C'est comme si y avait un tri qui était fait déjà avant. Je peux pas comparer les non opérés avec les opérés, parce qu'à mon avis les opérés sont à un stade d'après, ils répondent à une autre demande. »

- **pour d'autres : il existe une différence de comportement de la part du patient selon qu'il se dirige ou non vers la chirurgie bariatrique**

M 6 : « Et du coup ceux qui ont le projet de chirurgie eux vous avez l'impression qu'ils font moins les efforts que vous leur demandez de faire ou pas ? - Ben après ils sont obligés quand même d'en faire un peu. Mais ils vont, je sais pas comment dire, (blanc), ils vont quand même essayer de modifier, parce qu'il y a des choses que s'il ne modifient pas ils seront pas opérés de toute façon […] Donc ils vont peut-être modifier certaines choses mais peut-être pas toutes. - D'accord. Y a une différence que vous observez entre ceux qui ont envie de se faire opérer et puis les autres ? - Ouais. Ouais. (blanc).

- **pour d'autres : les patients de la chirurgie bariatrique ont autant de mérite que les autres car ce n'est pas facile**

M 7 : « Il ne fait pas de différence, pour moi. Parce que les gens qui perdent du poids grâce à la chirurgie, ils en ont bavé et puis, derrière la chirurgie, ils en bavent encore un peu donc euh … Le mérite n'est pas plus important pour celui qui est pas opéré. »

D. Impact potentiel des représentations sur le soin

a) Impact sur l'organisation pratique de leur prise en soin

1 - Le médecin traitant a une place centrale dans la prise en charge de l'obésité :

- **Il est le médecin de premiers recours** : soit le patient se tourne directement vers lui, soit le spécialiste lui adresse le patient, s'il n'est pas en mesure de prendre en charge l'obésité :

M 4 : « Par contre derrière, je ne vais pas les prendre en charge pour leur obésité, c'est clair que je leur pointe la chose du doigt. Si il veut qu'on en rediscute, voilà, mais après j'oriente, soit revoir leur médecin traitant, soit commencer par une diététicienne, un endocrino, enfin selon le contexte, selon le degré d'obésité etc. »

- **Dans tous les cas, il assure un accompagnement, un suivi, qui s'inscrit dans la durée :**

M 7 : « Après j'essaie de voir avec eux ce qu'ils ont, s'ils ont envie d'un accompagnement etc. »

M 1 : « Et mon accompagnement, de toute façon, restera un accompagnement dans le temps. Forcément puisque … - Ça s'inscrit dans la durée - Forcément, puisqu'on est médecin traitant, c'est ça l'intérêt de ce métier aussi, c'est qu'on est dans l'accompagnement. »

- **Actuellement, la chirurgie bariatrique est davantage faite en accord avec le médecin traitant**, ce que les médecins apprécient:

M 1 : « On repasse par la case discussion avec le médecin traitant qui… - Ouais ça c'est l'idéal. Il me dit « voilà, j'ai perçu ça chez lui... ».

M 7 : « Avant ça se faisait peut-être un peu dans notre dos entre guillemets, c'est-à-dire que les gens trouvaient des adresses et venaient nous dire « je me suis fait opérer » et on n'avait rien vu passer. - Maintenant ils en parlent plus ? - Maintenant c'est moins honteux entre guillemets »

- **Mais il arrive encore que le patient fasse cavalier seul !**

M 1 : « Mais des fois ce n'est pas comme ça, le patient il va se faire opérer, tu es même pas au courant, tu le vois après ! »

2 - Médecins généralistes et spécialistes voient l'importance de la diététique et de l'activité physique :

M 12 : « Et puis dans 20 % des cas […] y a des gens vraiment qui se disent « je ne comprends pas, je fais attention, je fais attention et ça ne marche pas, je ne perds pas de poids ». Et là je les oriente vers une nutritionniste [corrigé diététicien]. »

M 3 : « J'ai tendance à leur dire bon ben prise en charge diététique, et puis si ça échoue, euh, on verra bien hein, en espérant que ça… je saurais pas trop comment agir. »

M 5 : « Et puis les adultes plus aussi dans le côté, euh, les accompagner, pour voir avec eux quels sports seraient plus adaptés pour leurs problèmes médicaux, s'ils ont envie de voir une diététicienne, des choses comme ça. »

- **Les médecins vont essayer de mettre en place des changements dans l'alimentation du patient**, autant que possible :
  - **Par le biais d'un journal alimentaire**, qui constitue la base d'une discussion autour de l'alimentation, mais pas toujours facile à réaliser pour le patient :

M 6 : « J'essaie de leur faire établir un journal alimentaire, mais c'est pas toujours simple… […] »

M 12 : « Je leur dis, en général, « faites sur une semaine, vous notez absolument tout ce que vous mangez, vous faites honnêtement […]»

M 7 : « Donc si ils viennent pour ça et que ils sont prêts, je propose de faire un journal alimentaire sur à peu près une semaine […] Et puis euh après je revois, je reprends avec eux le journal alimentaire, j'essaie de voir ce qui semble poser problème on va dire […] »

  - **En essayant de donner des repères alimentaires et des astuces diététiques** :

M 6 : « […] leur donner des repères sur une alimentation qui a des apports quasi normaux quoi, pour qu'ils aient un peu de repères, qu'ils sachent où ils se situent par rapport à une alimentation considérée comme normale. »

M 12 : « - Beaucoup me disent, ici on est dans la région du comté […] ils l'achètent par kilo et puis 1 kg ça fait une semaine quoi... - Ah oui - Mais ils le savent. Alors des fois les astuces c'est la cancoillotte ! Ça marche bien. »

  - **Par le biais d'un support papier standardisé** avec des conseils alimentaires applicables à de nombreux patients :

M 12 : « Troisième option c'est, j'ai des fiches, alors quand il y a un trouble euh, une glycémie élevée, du cholestérol, ou quoi que ce soit, j'ai des fiches toutes faites que j'imprime avec, euh, les grandes règles de base sur les dyslipidémies où ça privilégie plutôt les graisses végétales, éviter les graisses animales, le beurre, le fromage, les choses comme ça. »

- **<u>Pour quelques médecins, il ne faut pas focaliser sur l'alimentation</u> :** la diététique est en pleine évolution avec des discours moins stricts et moins d'interdits, afin de permettre au patient de garder du plaisir, sans que cela soit délétère pour sa santé :

M 1 : « […] maintenant la diététique, euh, je suis heureux, parce que ça a changé ! Il y a quand même des choses nouvelles qui me font plaisir, récentes, certes, mais quand même… » « […] focaliser sur l'alimentation, enfin sur la quantité, etc. enfin ça ne marche pas. Donc il faut arrêter ces discours. »

M 1 : « Ce que je veux, ce n'est pas des patients dans des bocaux stériles et qui vont bien, c'est des patients qui ont plaisir et qui mangent la vie, quoi. Qui meurent de toute façon à la fin, comme nous tous, mais j'ai quand même envie de les accompagner dans un, dans le bonheur quoi, dans le bonheur…»

M 1 : « […] avec une approche gustative intéressante, se faire plaisir, sans se mettre en danger physiquement. »

- **<u>Les médecins recommandent l'activité physique à tous leurs patients en plus de la prise en charge alimentaire,</u>**
  - **en fonction de leur capacité et de leur mode de vie** :

M 5 : « Et puis les adultes plus aussi dans le côté, euh, les accompagner, pour voir avec eux quels sports seraient plus adaptés pour leurs problèmes médicaux »

M 7 : « Donc je lui dis « y a une jolie balade si vous descendez jusqu'à tel village... », mais elle a fini la phrase toute seule, elle a dit « je peux descendre mais je peux pas remonter... » (rires). Donc on a dit, « si dans le village vous arrivez jusqu'au château d'eau et puis qu'après vous repartez sur tel endroit, [….] est-ce que ça ça pourrait aller ? » Elle m'a dit « oui », donc elle va essayer, tous les après-midis après manger, d'aller faire ce petit tour là »

M 6 : « Ben moi après s'ils ne veulent pas, je ne veux pas les forcer non plus. […] on ne peut que conseiller. Y en a qui y vont quand même… »

  - **la marche peut aussi avoir des vertus sur le plan psychologique :**

M 10 : « […] On peut dire des choses parfois qui sont difficiles à dire en face à face quand on marche à côté de quelqu'un. On se sent pas regardé. C'est ça la règle du divan, c'est essayer de trouver pour permettre à quelqu'un de se sentir plus libre de parler sans être sous le regard de l'autre. »

- **<u>Les outils dont ils disposent sont l'éducation thérapeutique et le recours à d'autres professionnels, soit en équipe pluridisciplinaire sur place ou en réseau, soit en libéral :</u>**

    - **La notion d'éducation thérapeutique** tend à se développer. Certains médecins se forment à cette pratique et l'utilisent au cabinet:

M 7 : « Et puis je leur demande, ce que j'ai appris un petit peu en éducation thérapeutique, qu'est-ce qu'ils sont prêts à changer […] »

M 12 : « Alors... moi je leur pose aussi systématiquement la question c'est « est-ce que vous vous avez identifié le problème ? ». » et « « Est-ce que vous savez pourquoi ? ». Et la majorité des gens, ils savent le pourquoi. »

    - **Les réseaux pluridisciplinaires** sont soit sur place, soit répartis sur le territoire, et les médecins qui les sollicitent en sont plutôt contents :

M 1 : « Donc c'est soit en intra-muros dans la maison, soit en dehors. Il n'y a aucun souci. »

M1 : « Parce que c'est tellement complexe, y a le social qui se mélange au psycho, au comportement alimentaire euh va savoir… donc euh… et moi j'aurais besoin d'avoir des avis de gens qui ne sont pas médecins généralistes forcément, c'est-à-dire d'infirmières,… »

M 7 : « Ben des fois je propose. Je dis « voilà, on est une équipe d'éducation thérapeutique, on travaille avec une infirmière coordinatrice et une diététicienne, est-ce que ça vous dit d'aller les voir, parce que ça a des fois une autre approche, un autre dialogue… la diététicienne connaît beaucoup plus de choses que moi, elle saura mieux rentrer dans les plaisirs et proposer des échanges ou des choses plus techniques ». »

M 5 : « Alors nous on a la chance de travailler avec des infirmières du réseau A.[réseau] […] qui nous aident aussi sur des problèmes de surpoids, que ce soit ados, enfants, adultes. Donc moi je leur propose toujours ça plutôt en leur expliquant que c'est plutôt une aide […] Les ados je leur propose toujours aussi le réseau R. [réseau], enfin je propose toujours aux parents […] »

<u>Faire appel à un diététicien libéral</u>, mais cela pose parfois le problème du coût pour le patient, car non remboursé par l'assurance maladie :

M 6 : « Y en a qui ont des problèmes de sous et puis qui ne peuvent pas se permettre de débourser pour le diététicien. Donc bon ben on fait un peu le diététicien pendant la consultation aussi… »

M 7 : « […] Donc je leur dis que ça c'est gratuit -parce que ça si c'est pas gratuit, on a déjà pas mal de gens qui bloquent- et puis, si c'est possible, ils choisissent »

Faire appel à un médecin nutritionniste, mais seulement en cas de comorbidités, d'échec des thérapeutiques mises en place (diététique et activité physique), à la demande du patient par les médecins de 1er et 2ème recours ou si le patient est récusé pour la chirurgie par un médecin de 3ème recours :

M 7 : « Euh. Quand est-ce que j'enverrais au nutritionniste ou autre, c'est plus à la demande des gens. Ou alors si on a un diabète associé, quand j'ai des diabètes et des diabétiques qui sont déséquilibrés, mais c'est pas souvent. »

M14 : « Si ils ont pas de critères, on va dire, officiels d'opérabilité, je les adresse directement aux endocrinologues qui font à ce moment-là le suivi, ou au nutritionniste, enfin, au diététicien pour la suite. »

- **Pour le versant psychologique (cause ou conséquence de l'obésité) :**
  - Certains spécialistes pensent que **le médecin généraliste est capable de le prendre en charge :**

M 10 : « […] Je dirais pas que c'est la, que de la prise en charge psychiatrique, elle doit être première. Parce que vous savez les médecins généralistes maintenant ils mettent « spécialiste en médecine générale ». […] Et je suis complètement d'accord avec ça. Je trouve que, moi je mettrais plutôt « généraliste en psychiatrie » ! (rires) - (rires) – […] Je veux dire, la prise en compte de la personne, et ce que, comme je conçois la psychiatrie, ça doit être vraiment, et c'est le cœur de la médecine générale et les médecins généralistes, bon, ils voient des grands malades, mais au quotidien, ils voient beaucoup, beaucoup de psychiatrie. Et je leur laisse bien ce travail à condition que, qu'ils prennent le temps d'écouter et que voilà… Le malheur, c'est que, prescrire un anxiolytique ça dure moins longtemps que d'écouter quelqu'un… Mais autrement voilà...Donc, euh, la première prise en compte, c'est d'être attentif quand euh, à ce qu'il se passe dans les couples, dans les relations etc. Il y a des généralistes qui le font très bien. »

  - En réalité, **peu de médecins orientent les patients vers un psychologue ou psychiatre** (hors parcours de chirurgie bariatrique) et ils ont plutôt recours aux équipes pluridisciplinaires, quand cela est pratique pour eux et le patient :

M 1 : « Non, ce n'est pas si facile que ça. Ce n'est pas si facile, mais des fois ça se fait avec d'autres. Quand il y a une psychologue qui est là, hein des fois l'épouse ou l'époux peut être amené parce que … ou la diét aussi. […] C'est vachement psycho en fait. »

  - Le patient est **parfois orienté vers un groupe de parole**, pour partager avec ses pairs et avoir un soutien différent de celui du médecin :

M 13 : « Le groupe de parole, c'est bien aussi de voir des gens qui sont dans la même souffrance que soi, enfin, pas la même, mais la même demande, de voir qu'on n'est pas tout seul dans cette situation. »

3 - Place de la chirurgie dans la prise en soin

La chirurgie bariatrique est proposée en **dernier recours.**

- **<u>Quasi-unanimement, les médecins lui accordent une faible place dans la prise en charge de l'obésité, et la proposent rarement et en dernier recours :</u>**

M 7 : « Elle a pas de place. Je la propose jamais. Enfin, je l'ai jamais proposée »

M 5 : « Et puis, y a quelques patients que j'ai orientés, y en a deux, que j'ai orienté vers le CHU pour euh […], et qui évalue les possibilités de chirurgie bariatrique… »

M 10 : « Et c'est un geste de dernière extrémité. Hein, c'est comme ça que je le vois. Mais qui a du sens dans la dernière extrémité. » et « Je dois dire comme ça parce que pour moi c'est, c'est un échec hein… »

M 12 : « […] c'est la dernière des dernières des dernières des dernières des dernières des dernières solutions. » et « Oui, parce que c'est un dernier recours, c'est une solution qui ne doit pas être envisagée d'emblée, largement pas d'emblée. » « […] pour moi c'est un échec d'une autre thérapie »

M 3 : « Que si on pouvait faire autrement on éviterait, mais que ça rend service quand même à des patients.»

M 8 : « Il faut un suivi médical, un suivi nutritionnel, et puis si ce sont des échecs, il faut passer à la chirurgie bariatrique»

M 4 : « Alors je pense que c'est, pour certaines personnes, c'est malheureusement la seule solution. »

M 14 : « Pour moi il faut continuer le suivi, et au bout d'un moment, si on n'arrive plus à les aider, on rajoutera la chirurgie en plus. Pour moi, la chirurgie, c'est une étape, c'est pas une finalité, c'est quelque chose qu'on peut rajouter à tout moment. »

M 6 : « Et pour quelles raisons en dernier recours ? - Ben parce que c'est quand même une chirurgie. Y a quand même des conséquences […] Si on pouvait éviter, ce serait mieux quoi. »

- **<u>Les médecins orientent le patient vers la chirurgie bariatrique dans deux situations :</u>**
  - **A la demande du patient**

M 7 : « Par contre, je réponds à la demande des patients, si ils sont demandeurs. Donc j'ai eu plusieurs fois des demandes, j'ai proposé de toute façon, donc j'explique toujours que c'est un chemin… un parcours quand même un petit peu long.»

M 9 : « Oh ben souvent c'est une demande, ils demandent souvent une confirmation. Y en a certains qui viennent, ils sont conscients qu'ils sont en surpoids, que leur maladie c'est lié à ça, mais que faut bien qu'un médecin leur dise « ben oui, c'est évident, et puis si vous maigrissez ce sera beaucoup mieux ». C'est une pierre de plus dans le vase qui va se remplir pour aller faire de la chirurgie bariatrique, ça y en a des comme ça, c'est vrai. »

- **En cas d'échec de la mise en œuvre de leurs efforts antérieurs** sur le plan de l'alimentation et de l'activité physique

M 7 : « Pour moi vraiment la chirurgie elle est réservée aux échecs des gens qui ont fait des efforts avant. […] »

M 8 : « Moi je pense que c'est bien surtout quand il y a un échec des différents régimes auxquels je ne crois pas […] »

- **<u>Sous certaines conditions :</u>**

  - **Avoir confiance en l'équipe de chirurgie bariatrique**

M 7 : « Oh, …, je suis assez de nature à faire confiance aux professionnels de santé, donc j'irais effectivement prendre avis du chirurgien, d'endocrino et psy pour pouvoir être mieux dans mon corps, dans ma peau, et… oui. Je me l'interdirais pas. - Et avec l'équipe en qui vous avez confiance ? - Voilà. »

M 1 : « C'est embêtant parce que quand tu n'as pas justement de gens /collègues qui sont dans la même prise en charge, les mêmes repères que toi, c'est difficile. D'où l'intérêt d'avoir des gens avec qui, sur qui tu peux compter. »

  - **Devant un patient ayant un profil favorable**

<u>Eprouvant une véritable souffrance psychique</u>

M 1 : « Et puis de prendre le temps, première chose « on ne pourrait pas prendre le temps ? Finalement qu'est-ce qui vous presse ? ». C'est là qu'il dit « j'en peux plus ». Ah bon, alors d'accord. »

M 4 : « Mais je pense qu'effectivement si j'arrivais vraiment à un stade où je me supporte plus, je crois que je ferais ce qu'il faut »

<u>Ou ayant un risque d'échec important mais des comorbidités majeures ou une souffrance physique :</u>

M 13 : « Y a aussi « je fais de la chirurgie parce que je peux plus marcher, je peux plus, j'ai un gros diabète, il faut faire une prothèse de hanche mais il faut que j'aie perdu 10 kg sinon on veut pas m'opérer euh »… Donc même si on comp…, on se doute que ça va être compliqué, euh, que c'est mal barré pour que ça marche, ben on essaie quand même parce qu'il y a un tel problème médical dessous qu'on y va. »

<u>Stable sur le plan psychique</u>

M 12 : « Si y avait, si c'est quelqu'un qui est équilibré psychologiquement, euh, qui a essayé de faire attention et qui fait attention, qui n'a pas essayé, qui est parvenu à diminuer ses apports caloriques, à éventuellement faire une activité sportive adaptée, enfin si tout a été tenté, oui, sans hésiter, je dis oui. »

Faisant preuve d'une réelle motivation

M 9 : « Si on a vraiment envie de se sortir de l'ornière où on est, euh, pourquoi pas.»

Bénéficiant d'un soutien de son entourage proche

M 5 : « Dans ce cadre-là, j'insisterais vraiment […] sur le fait que la famille soit vraiment un relais, comme pour le tabac quoi. Et c'est pareil, un patient qui me demande du ZYBAN® ou du CHAMPIX®, alors que tout le monde autour de lui va lui proposer des clopes […], je n'ai pas envie de lui faire prendre de risque avec des médicaments dont on sait qu'il y a des effets indésirables, si on sait que derrière tout le monde, entre guillemets, va pas le pousser à refumer, mais quasiment pareil ! […] Donc dans ces cas-là, je serais plutôt vraiment à freiner des quatre fers quoi. »

M 5 : C'est une dame […] elle a personne, elle a pas de relais familial qui va la soutenir […] Donc je pense que c'est une dame, la chirurgie bariatrique, moi je pense qu'on va à l'échec avec cette dame-là.

S'il existe une réelle nécessité

M 7 : « Si elle me dit « non tu en as pas besoin », je le ferai pas non plus. Je ne déciderais pas envers et contre tous, mais … peut-être que pourquoi pas. »

- **En l'absence de contre-indications :** la chirurgie n'est notamment pas proposée chez les patients souffrant de troubles psychiatriques :

M 7 : « Ben j'ai vu qu'ils allaient reprendre l'avis de la psychiatre. J'ai l'impression que l'avis de la psychiatre est un peu le même que le mien donc, euh… on va voir. Mais, euh, je suis pas trop pour, là, je trouve que c'est justement ces personnes-là… Après c'est difficile aussi, parce que après, c'est une femme qui avait été abusée. »

- **Après décision mûrement réfléchie, avec une balance bénéfice-risque en faveur de la chirurgie et un patient prêt**

Un temps de réflexion primordial pour que le patient soit prêt

M 1 : « De voir le chirurgien, d'en discuter, de voir plusieurs fois, d'en discuter plusieurs fois. Et puis de prendre le temps, première chose « on ne pourrait pas prendre le temps ? Finalement qu'est-ce qui vous presse ? ».

M 14 : « En fait il y a une condition, c'est vraiment que le patient il ait fait son suivi…. - Oui, qu'il ait envie, qu'il soit prêt, qu'il ait compris. »

M 4 : « De toute façon effectivement ça vient de la personne. On lui en parle et puis le jour où elle est prête elle dit « ok je me lance dans la démarche » »

Une balance bénéfice-risque en faveur de l'intervention, sur différents plans

M 5 : « […] ça reste une chirurgie, y a un risque quand même, surtout chez les patients obèses qui ont déjà des facteurs de risque à côté, c'est vraiment un risque qui est bien, bien, bien trop supérieur aux bénéfices qu'on pourrait en attendre. Mais chez quelqu'un qui a une démarche qui me semble saine, je serais plutôt à encourager. »

M 4 : « Difficile de dire « je suis pour » ou « je suis contre », hein, parce qu'en fait ce n'est pas oui ou non, c'est pas binaire comme réponse. […] Je conseillerais […], si c'était la situation, en tout cas d'y réfléchir et de voir si, ce qui peut être bénéfique, et comment le faire quoi. »

M 1 : « Alors j'essaie toujours de peser, de faire peser au patient le pour et le contre, de mettre en évidence les choses qui sont, qui seraient positives, à quel prix, quels risques il y a. » Et « Ah je dirais pas « faut pas ». Je lui dirais « vous avez bien réfléchi ? », j'essaie de le bombarder de questions qui font qu'il va réfléchir avant. […] Parce qu'il y a le médical pur et dur, mais il y a pas que ça dans la décision de quelqu'un. »

4 - En cas de désaccord entre médecin et patient : si la balance bénéfice-risque n'est pas en faveur de la chirurgie et que le patient veut absolument y recourir, le médecin le suivra, malgré ses réticences, car son rôle est d'informer et d'accompagner :

M 5 : […] donc si elles sont éligibles à une chirurgie, que c'est leur choix, moi je les suis, y a pas de souci. Mais je leur donne mon sentiment »

M 1 : ***«*** *Bon, si on a répondu à ses questions, on n'a pas grand-chose à se reprocher. Je me sens pas de porter les gens comme ça. On a un devoir d'information, d'échange, d'accompagnement. Mais dans accompagnement, ça veut dire accompagner, il faut rester humbles hein.*

M 1 : « […] C'est-à-dire on accompagne, mais on ne fait pas à la place de, on ne téléguide pas les gens. Ils sont libres de choisir »

Le choix appartient au patient en dernier lieu, il est libre de prendre les décisions relatives à sa santé, y compris de changer d'avis :

M 1 : « Non, et puis s'il a envie ou s'il a le besoin d'aller vers la chirurgie alors qu'il y a des contre-indications médicales, il veut y aller, c'est impossible de faire sans, c'est le risque qu'il veut prendre. […] »

M 14 : « Si le patient n'a pas envie, ça sert à rien du tout. […] Si ça vient pas d'eux, ça sert à rien.» « […] Faut pas que ce soit imposé pour moi. »

M 10 : « Euh, par contre, y a des gens, y a une femme qui est venue, et puis qui s'est engagée dans un travail et qui n'a plus voulu l'opération. Elle s'est rendu compte que… C'est pas fréquent, mais voilà. »

b) Impact sur le soin

- **Les médecins disent faire attention à ne pas émettre de jugement et à avoir toujours la même attention pour les patients ayant recours à la chirurgie bariatrique ou non.**

M 12 : « c'est plus mon regard sur la façon dont ils perdent du poids. Après, sur le patient, je n'ai pas de jugement, je pense pas. »

M 1 : « Donc, pour moi, ils ont autant d'attention que les autres.- En fait, il n'y a pas de différence entre un patient obèse opéré et non opéré ?- Non. Ça reste un patient. […] Mais sur la différence d'approche, si tu me dis « est-ce que vous vous sentez soulagé ? », sous-entendu, vous, médecin, parce qu'il s'est fait opérer, ben non. Je suis heureux pour lui si il est heureux, voilà. Mais pas plus, je serai toujours vigilant, quoi. Je ne baisserai pas la garde, ouais. »

- **Mais certains reconnaissent préférer les patients faisant des efforts et motivés :**

M 12 : « Je préfère quand les gens viennent me voir, y en a, qui ont fait des efforts sur le plan sportif, des efforts sur le plan diététique, qui ont modifié leurs habitudes de vie. »

M 6 : « […] c'est souvent ceux-là qui ne reviennent pas après… ou qui lâchent le suivi une fois qu'ils sont opérés, et ça…. - Vous n'aimez pas trop ? - J'aime pas trop, ouais. »

- **D'ailleurs, il arrive que des médecins proposent une aide un peu différente, au cas par cas, au patient qui a l'air démuni face à son obésité**

M 13 : « Et puis euh, et puis ben après c'est un petit peu du sur-mesure. […] Et puis y a des gens un petit peu plus euh, passifs, où là on cherche à mettre en œuvre de l'action et où il faut les aider, parce qu'ils sont tellement mal dans leur obésité qu'ils sont démunis quoi. »

M 13 : - C'est un peu facile de dire « ils ont qu'à tout faire eux-mêmes », quoi. Parce que vous sélectionner forcément des gens qui vont bien, quoi. Hein, euh, les gens qui sont au fond de leur lit tellement ils peuvent plus bouger, ben ceux-là, vous les aidez pas quand vous leur dites « vous avez qu'à vous débrouiller pour prendre vos rendez-vous », faut un peu les aider quand même quoi. »

- **Pour les médecins, les représentations** (qu'ils nomment l'histoire personnelle, le vécu et les repères) **qu'ils ont de l'obésité peuvent influencer la prise en charge du patient obèse**, de la même manière que pour d'autres problématiques :

M 1 : « Ça évolue non-stop. C'est sans fin. […] tu n'empêcheras pas qu'on a nos propres repères perso… Ta question par exemple pour savoir « est-ce qu'il y a des obèses chez vous etc., dans votre famille ? », non. Mais s'il y en avait eu, ça aurait peut-être changé des choses, tu vois. Par rapport à

ma perception, ma façon d'approcher sans doute. L'histoire perso a une grosse incidence sur les décisions, la façon de prendre en charge les gens. Ben oui. - Probablement. - Mais oui, c'est sûr. Sur l'obésité, sur l'alcool, sur la sexualité par exemple. Mais quelle est ta référence à toi, à part ton propre vécu ? Donc ça change, heureusement. »

- **<u>Donc ils pensent qu'il existe possiblement une influence de cette vision du patient obèse ayant recours à la chirurgie bariatrique sur les pratiques du médecin</u>**

M 12 : « vous, dans votre pratique, qu'il soit opéré ou non opéré, est-ce que ça change quelque chose ? Au niveau de la vigilance, du suivi, euh… Oui pour ce que je vous ai expliqué sur le, en terme de carences. »

M 12 : « C'est vrai que je vais avoir à l'esprit cet antécédent et ça va modifier un petit peu ma façon de prendre les choses en charge. »

- **De toutes les notions sus-citées, il semble se dessiner deux éléments forts :**

D'une part, les médecins généralistes (1er recours) semblent avoir plus ou moins de connaissances concernant la chirurgie bariatrique, et lorsqu'ils en ont notion, la trouve plutôt efficace. Cependant, ils manifestent une appréhension qui se répercute sur le soin : ils ne proposent pas la chirurgie bariatrique, ou vraiment en dernier recours, ou lorsque le patient en est demandeur.

D'autre part, il semble que les médecins spécialistes (de 2ème et 3ème recours) voient deux profils de patients bien distincts. Il y aurait d'un côté les patients motivés, qui bénéficient d'un accompagnement adéquat, et les patients au profil contraire, qui, dans ce cas, doivent faire leurs preuves. Ces derniers ne semblent pas bénéficier du même accompagnement : les médecins ont tendance à être plus durs avec eux, alors qu'ils auraient probablement besoin de davantage d'accompagnement.

Nous approfondirons cela lors de la discussion.

V. Discussion

A. Sur la méthode

a) Choix de la méthode

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

Cette démarche permet d'explorer des éléments qui ne sont pas quantifiables, à savoir les représentations, qui sont du domaine du vécu, de l'expérience et de la perception des médecins interrogés, avec une vraie liberté de réponse. Ceci apporte des éléments de réflexion inattendus et très riches. Cette démarche nous a naturellement parue adaptée pour répondre à notre problématique.

b) Limites de la méthode

1 - Limites de l'échantillon

On remarque que certains médecins ont été particulièrement réactifs pour donner leur réponse, en répondant par mail durant la période de leurs congés estivaux. Ce que l'on note, c'est la participation de 100% des médecins membres du réseau de prise en charge de l'obésité. Tous ont répondu favorablement à la sollicitation malgré le fait que, dans les entretiens, nous avons retrouvé qu'un certain nombre d'entre eux n'avaient pas une réelle attirance pour la prise en charge de la pathologie obésité initialement.

D'autres médecins, au contraire, n'ont pas donné de réponse, n'ont pas osé refuser d'emblée, ou ont donné une réponse négative par l'intermédiaire de leur secrétaire. En effet, on note une faible participation chez les médecins généralistes, avec 33% de participants, et chez les médecins spécialistes non membres du réseau de chirurgie bariatrique, avec 57% de participants. Les raisons qu'ils nous ont données sont-elles les véritables raisons ? Est-ce par manque de temps ? Ou est-ce par manque d'intérêt pour le sujet? Ou lié au faible recrutement sur une grande population de médecins, notamment chez les médecins généralistes ?

On peut se demander si les médecins ayant répondu positivement à notre proposition de participer à cette étude n'étaient pas les médecins les plus intéressés par le sujet.

Il y a donc possiblement un biais de recrutement, même s'il s'agissait d'une sollicitation en partie liée au hasard pour recruter les participants.

- Compte-tenu de son caractère qualitatif et du mode de recrutement donnant un échantillon non représentatif, les conclusions ne sont pas forcément généralisables mais elles peuvent générer des données méritant d'être explorées de manière plus approfondie (par une étude quantitative, par exemple).

2 - Limites de l'entretien

- **Limites liées au statut de l'enquêteur**

Le fait que ce soit un médecin qui ait interrogé d'autres médecins concernant leurs représentations peut être considéré comme une limite de notre étude. En effet, lors des entretiens puis de l'analyse, le médecin enquêteur a pu être influencé par ses propres représentations. Nous avons essayé de limiter ce biais dans l'analyse en faisant un double codage, sur les cinq premiers entretiens, afin de vérifier la congruence des résultats et d'éviter la subjectivité de l'analyste.

De même, les médecins interrogés ont pu être influencés par le fait qu'ils s'adressaient à un confrère, avec possiblement une appréhension à dire le fond de leur pensée.

D'autre part, en fonction de la disponibilité psychique de l'enquêteur, la façon d'aborder le sujet a probablement pu être plus ou moins aisée et retentir sur la façon de rentrer dans le sujet pour le médecin interrogé.

- **Limites liées à l'enregistrement**

Tous les médecins interrogés ont accepté l'enregistrement, sauf un. En effet, nous avions bien précisé l'anonymisation des données lors de la prise de rendez-vous, et également avant de commencer chaque entretien, mais il est possible que cet enregistrement ait pu gêner quelques-uns des médecins interrogés, consciemment ou non.

- **Limites liées au lieu des entretiens**

Nous avons privilégié au maximum des lieux calmes et des moments où les médecins interrogés étaient censés ne pas être dérangés. Malheureusement, certains d'entre eux ont été interrompus pour diverses raisons, ce qui leur a fait perdre le fil, et ce qui les a peut-être empêchés d'aller plus en profondeur dans leur réflexion et leurs déclarations. D'autres ont eu des contraintes de temps, ce qui nous a obligés à aborder la problématique un peu plus rapidement. Il est alors possible qu'un biais de mémorisation se soit produit du côté du participant.

B. Sur les résultats

Dans notre parcours de formation médicale, nous rencontrons des patients qui nous interpellent et ces expériences nous conduisent à nous poser des questions sur notre manière d'être et de prendre soin des patients dont nous avons la charge. Je me souviens d'une consultation, lors de mon internat, qui m'a particulièrement touchée, et qui est, sans doute, à l'origine de ce sujet qui me préoccupe et sur lequel j'ai eu envie de me pencher : la prise en charge des patients atteints d'obésité.

Notre volonté, par l'intermédiaire de ce travail, était d'étudier les représentations que les médecins ont de la chirurgie bariatrique et des patients qui en bénéficient, ainsi que leur impact sur le soin.

Nous allons revenir sur les principaux éléments ressortant de notre étude. Nous tenterons de mettre en parallèle d'autres sources bibliographiques afin d'analyser, de compléter, et de discuter nos résultats.

Dans notre étude, il ressort que les médecins manifestent une ambivalence majeure à l'égard de la chirurgie bariatrique et des patients obèses qui y ont recours, et que cela influence leur pratique quotidienne.

a) Concernant les représentations de la chirurgie bariatrique :

Les avis sont très partagés concernant l'efficacité de la chirurgie bariatrique, y compris chez les médecins membres du réseau de chirurgie bariatrique. Certains médecins pensent qu'elle ne résout pas le problème d'obésité car il s'agit d'une pathologie chronique (et exposerait à d'autres maux). D'autres sont sceptiques, alors que d'autres sont convaincus, mais sous certaines conditions. Nous constatons que ces résultats concordent avec ceux de l'enquête menée par l'ORS en Bourgogne Franche-Comté durant la même période (32). Il existe une dualité très importante, présente chez de nombreux médecins au sujet de la chirurgie bariatrique : nous mettons en évidence des points forts, et des points faibles.

Les points forts retrouvés sont l'amélioration des comorbidités et de la qualité de vie des patients. Les médecins parlent d'une métamorphose physique et psychique (modification de l'image corporelle et du regard des autres), permettant une transformation radicale de la vie, avec entre autres, un accès à la maternité pour les femmes. L'étude de Wallaert (2013) nous confirme une amélioration franche de la fertilité et une diminution des complications obstétricales. (33) Le geste chirurgical peut alors rendre service, voire même être vu comme salvateur.

Les points faibles évoqués ou craintes des médecins concernent le geste chirurgical en lui-même, qui n'est pas anodin, caractérisé par un vocabulaire fort : violent, irréversible, mutilant. Ils sont inquiets pour les conséquences du geste, notamment les complications physiques, en per-opératoire et post-opératoire à court, moyen ou long terme. Ils évoquent la perte de poids excessive et non contrôlée, le risque iatrogène (apparition de nouvelles pathologies, difficultés de prescription médicamenteuse, risque de carences nutritionnelles), l'incertitude concernant l'impact sur le vieillissement des patients, les risques lors d'interventions chirurgicales ultérieures et les stigmates pouvant induire une gêne esthétique. Ils mentionnent les complications psychiques, notamment liées au changement de perception de l'image de soi, nécessitant une adaptation parfois difficile pour le patient et son entourage, un risque accru de développer une addiction ou une frustration sur le plan alimentaire, pouvant aller jusqu'à rendre le patient malheureux.

Les médecins évoquent également le risque d'échec et parlent de facteurs de réussite : un désir de changement, des indications chirurgicales bien posées, une bonne préparation durant le parcours pré-chirurgical et un patient au profil favorable (souffrance psychique, risque d'échec important mais comorbidités majeures, stabilité psychique, motivation, soutien de l'entourage, échec des efforts antérieurs, réelle nécessité).

Les médecins voient l'importance du parcours de préparation avec une maturation du projet et un investissement de la part du patient dans sa prise en charge. Ce qui peut surprendre, c'est que les médecins pensent que l'accès à la chirurgie bariatrique ne doit pas être trop facile, un peu comme si le patient devait prouver sa motivation, mériter cet accès au changement. C'est une notion plus marquée chez les médecins spécialistes dans notre étude, mais retrouvée dans une étude menée auprès de généralistes par N-Guyen en 2012 : la chirurgie « ne doit pas être une solution de facilité ». (29)

La notion de recul est variable en fonction des médecins. On peut se demander s'il y a une progression depuis 2012, car il ressortait de l'étude de N-Guyen que la chirurgie bariatrique était « une technique peu connue » des médecins généralistes. (29) Quoi qu'il en soit, la chirurgie bariatrique ne doit pas être vue comme une fin en soi, car c'est un pis-aller : la maladie obésité est toujours présente, et nécessite de rester vigilants. Cela ne soulage aucunement les médecins qui redoutent les perdus de vue, problème majeur dans les suites de la chirurgie bariatrique compte-tenu des risques encourus.

La chirurgie bariatrique nécessite un travail en équipe pluridisciplinaire, avec une collaboration au sein de l'équipe de chirurgie bariatrique et un relais avec la médecine de ville. Visiblement, ce relais présente des failles : on reproche aux médecins généralistes leur manque de connaissances, d'être désintéressés et trop absents des décisions, et on reproche également un manque de connaissances aux médecins spécialistes. Bien que la HAS ait donné un rôle central aux médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité en 2009, ils se sentaient peu concernés et orientaient peu leurs patients vers la chirurgie bariatrique, d'après une étude de 2011 (34). Nous pouvons nous demander s'il existe un problème de coordination ville-hôpital. Serait-il lié à un défaut de construction du réseau ? Ce problème est soulevé par l'étude de l'ORS en Bourgogne-Franche-Comté.(32)

b) Les médecins dressent deux portraits assez distincts des patients ayant recours à la chirurgie bariatrique.

Le premier portrait correspond aux patients ayant un vrai désir de changement émanant d'une souffrance physique et psychique, devenue trop lourde à porter. Leurs motivations sont importantes (amélioration de leur état de santé, amélioration du regard porté sur eux) et découlent très souvent d'une prise de conscience, plus ou moins violente, parfois après contact avec un proche opéré. Ils font davantage attention à leur image, et ont du mérite car leurs efforts antérieurs se sont soldés par un échec, à plusieurs reprises. Malgré leur force de caractère, ils peuvent éprouver des craintes qui peuvent les conduire à renoncer au geste (événement de vie, entourage réticent, interrogations

éthiques concernant la chirurgie d'un organe sain). Ces craintes rapportées ont été confirmées par les usagers et leur entourage dans une enquête menée auprès d'eux en 2018. (32)

A contrario, le deuxième portrait correspond aux patients qui souhaitent aller d'emblée à la chirurgie car elle leur permet de régler leur problème pondéral avec une certaine facilité, d'éviter de se remettre en question, voire de se déculpabiliser. Ils ne savent pas vraiment ce qu'ils attendent de la perte de poids, n'ont pas de réelle motivation. La chirurgie est une fin en soi, donc ils sont impatients d'en bénéficier, ne voient pas l'intérêt du parcours de suivi pré-opératoire, ce qui peut même les conduire à mentir à ce sujet. D'une façon générale, ils sont moins compliants (alimentation, activité physique) et beaucoup ignorent les risques liés à leur pathologie. Dans ce contexte, les médecins disent insister davantage sur la compréhension de la démarche pré-opératoire, afin de poser les indications au mieux.

c) **Cette vision de la chirurgie bariatrique et des patients qui en bénéficient influence le soin**, inévitablement.

Notre étude montre que les médecins ont très peu recours à la chirurgie bariatrique dans la prise en charge de l'obésité. Quelles sont alors leurs pratiques ?

Les médecins recommandent tous une prise en charge diététique et la pratique régulière d'une activité physique, mais disent avoir des difficultés à faire adhérer leurs patients obèses. Ils évoquent un obstacle financier, car les consultations diététiques libérales ne sont pas remboursées. Est-ce réellement le cas ? Une étude de 2006 (27) montrait que les médecins n'adressaient pas plus les patients vers un nutritionniste que vers un diététicien, alors que celui-ci était pris en charge par l'assurance maladie…

Ils évoquent également un manque de motivation de la part de leurs patients obèses. Mais, quand on connait le rôle métabolique du tissu adipeux, est-ce que perdre du poids est seulement une question de motivation? On peut penser que cet aspect corrobore la vision négative que les médecins ont des personnes obèses, identique à celle de la population générale.

D'autre part, bien que les médecins parlent quasiment tous de difficultés psychologiques -causes ou conséquences de l'obésité-, très peu adressent les patients à un psychologue. On peut se demander si l'obstacle est financier, ou si le réseau est insuffisamment construit ? Eprouvent-ils des difficultés à le proposer aux patients à cause d'une connotation encore trop négative de la prise en charge psychique ?

Les médecins ne sont pas les seuls à axer leur prise en charge sur l'hygiène de vie. C'était aussi l'objectif des campagnes successives de PNNS (Programme National Nutrition Santé), qui, visiblement, n'a pas été atteint car malgré « certaines évolutions comportementales » et « […] la stabilisation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant » (35), le surpoids et l'obésité ne diminuent pas. On peut donc se demander si la cible était la bonne, et la stratégie adaptée : « […] en matière d'éducation routière ou de lutte contre le tabagisme, on a fait le choix de s'adresser frontalement à l'usager, et parfois de le choquer, en lui proposant de changer radicalement de

comportement. Ce serait impossible et inefficace s'agissant de l'éducation alimentaire et de la lutte contre la sédentarité ? » (35)

Le cœur du problème serait-il ailleurs ? Il pourrait s'agir des troubles du comportement alimentaire, retrouvés chez les mangeurs émotionnels, chez les personnes ayant eu un traumatisme psychique, ou encore chez les personnes ayant une addiction à la nourriture. Mais ces troubles sont-ils accessibles à une campagne de prévention ? Le sevrage alimentaire complet est-il possible ? Tout cela constitue un processus complexe, qui réside principalement dans le fait que chaque patient ne ressemble à aucun autre, et est unique. Face à tant de complexité, on peut donc penser que l'obésité nécessite une prise en charge singulière, qui n'est possible que si le médecin éprouve de l'empathie pour le patient. Cette « bonne distance » est une compétence que fait intervenir l'éducation thérapeutique. Certains médecins font appel à cette compétence et en sont satisfaits, aussi bien du côté du médecin que du côté du patient. Nous pouvons penser que renforcer cette approche pourrait permettre de diminuer le nombre de perdus de vue dans le parcours de chirurgie bariatrique, et d'augmenter le nombre de patients dans le parcours de prise en charge de l'obésité.

- <u>Pourquoi les médecins proposent-ils la chirurgie bariatrique en dernier recours ?</u>

Notre étude met en évidence une ambivalence chez les médecins, à différents niveaux.

Nous avons constaté que, globalement, la prise en charge des patients obèses est difficile pour les médecins, et que ces consultations peuvent parfois être redoutées. Le patient vient très souvent pour d'autres plaintes que son obésité, et le médecin a parfois des difficultés à parler du poids. Là encore, il existe une dualité : énoncer le problème de poids, mais ne pas blesser le patient et le faire adhérer à la prise en charge. Cela constitue un défi pour nombre de médecins. Ces « difficultés d'abord de l'obésité en consultation» étaient déjà retrouvées dans une étude de 2013, chez des médecins généralistes, avec des facteurs facilitants et limitants. (31)

Les médecins rencontrent les mêmes difficultés avec leurs proches obèses, mais ne portent pas le même regard sur eux : ils perdent leur objectivité, semblent plus compréhensifs, et ont tendance à faire diversion. Cette réaction traduit possiblement un malaise vis-à-vis de la personne obèse. Par ailleurs, lorsque les médecins évoquent leurs problèmes de poids antérieurs (ou actuels pour certains), ils en ont un vécu douloureux.

Nous pouvons penser que ces difficultés, combinées aux représentations négatives de la personne obèse, peuvent entrainer un manque d'intérêt pour cette pathologie, à l'origine d'un manque de connaissances concernant la chirurgie bariatrique qui, par conséquent, n'est que peu proposée. Nous pouvons aussi nous demander si les bénéfices de la chirurgie ont été suffisamment décrits, car une étude américaine retrouvait déjà une place de la chirurgie en dernier recours en 2007 avec seulement 15% des patients en obésité morbide adressés au chirurgien. (28) Ceci pourrait expliquer que les médecins ne sont, pour la plupart, pas convaincus de la chirurgie. Par ailleurs, si le médecin pense que la chirurgie est adaptée à un profil de patient favorable, cela va influencer ce qu'il va dire au patient, ainsi que son accompagnement. Cela peut constituer une perte de chance pour le patient

pour le patient obèse, quand on voit que la chirurgie améliore ou résout les comorbidités dans 70-85% des cas. (28)

Nous ne savons pas très bien ce qui fait pencher la balance en faveur de la chirurgie bariatrique. Il semble que cette ambivalence chez les médecins rende leur prise de décision délicate, et que la demande de chirurgie faite par le patient leur permette de trancher. Pour les médecins, leur rôle est d'aider le patient à peser les bénéfices et risques de la chirurgie, mais ils insistent sur la liberté du patient dans la prise de décision. Bien qu'ils palpent des attentes parfois démesurées chez leur patient et qu'ils craignent une déception, les médecins le suivent : cela illustre leur rôle de soutien et d'accompagnement.

Ce qui peut expliquer, du moins en partie, la réticence des médecins vis-à-vis de la chirurgie bariatrique, c'est l'existence des perdus de vue. Il est en effet possible que les médecins vivent des complications avec leurs patients opérés non suivis et qu'ils développent des représentations négatives à l'égard de la chirurgie bariatrique. Une des explications possibles à ce nombre important de perdus de vue est peut-être une exigence excessive de la part des médecins envers les patients obèses : on peut penser que le fait que les médecins leur imposent une préparation équivalant à un parcours du combattant, durant lequel ils doivent faire leurs preuves, puisse induire des émotions négatives et une réaction de fuite de la part du patient, qui va préférer ne pas reconsulter à ce sujet. On peut alors se demander si les médecins ont réellement accompli leur tâche, qui, dans le cas du patient obèse, est principalement de l'aider à se préparer et d'alléger ses souffrances. Il s'avère que les médecins, sans le vouloir, ne respectent pas toujours le principe de bienfaisance auquel ils sont attachés.

Nous remarquons des représentations contradictoires, identiques à celles décrites dans une étude de 2015 : « s'ils sont convaincus de la nécessité de soigner les « obèses », ils déplorent leur impuissance à le faire. L'échec favorise le transfert de responsabilité sur le patient, qui, par surcroît, est affublé d'une autre maladie que son obésité, son manque de volonté. »(36) La personne obèse est accusée par la société (et le médecin) de ne pas être maitre de son corps, malgré tous les outils de prévention à sa disposition. Cette image peut même générer de la pitié. Cette vision explique peut-être pourquoi être atteint d'obésité n'est pas envisageable pour les médecins. Alors qu'ils ont une image positive d'eux-mêmes, ils seraient eux aussi victimes de cette forme de rejet. La stigmatisation des personnes obèses peut en partie expliquer l'augmentation du nombre de demandes de chirurgie bariatrique ces dernières années, du fait de la pression sociétale qui s'exerce sur elles.

D'autre part, les médecins disent soigner tous les patients de la même manière, obèse ou non, demandeur de chirurgie ou non. Or, ils mentionnent à plusieurs reprises des éléments différents dans la prise en charge, notamment lors de la consultation (difficultés pour l'examen clinique, temps d'attente, mobilier et matériel adapté) avec une préférence pour une perte de poids « naturelle » et davantage d'empathie pour les patients n'ayant pas recours à la chirurgie bariatrique. Nous pensons qu'il s'agit du «fantasme du surmoi hippocratique », qui est l'expression de l'engagement pris lors de la soutenance de thèse de doctorat en médecine, de soigner tous les individus dans un principe d'égalité « sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. » (37). Mais soigne-t-on réellement un enfant de la même façon qu'un vieillard ? Une femme enceinte de la même façon qu'une femme ménopausée ? Pourquoi devrait-on soigner un patient atteint d'obésité de la même

façon qu'un patient atteint d'asthme ou d'une pathologie neuro-dégénérative ? Il serait donc nécessaire que les médecins abandonnent ce « fantasme du « surmoi hippocratique » [pour avoir une] approche plus nuancée des différences entre les patients [et ainsi améliorer la] qualité d'accueil des patients dans leur différence » (36)

Enfin, la plupart des médecins n'ont pas fait le choix de suivre des patients obèses quand ils ont choisi leur métier. Ce qui est intéressant, c'est que certains médecins, qui avaient une certaine réticence, voire une répulsion initiale au départ, disent avoir observé une évolution de leur point de vue, avec la pratique. Ceci prouve qu'un changement de représentations est possible. Mais il serait davantage marqué si les représentations sociales de la population générale pouvaient évoluer.

Les médecins disent que globalement les patients sont satisfaits de la chirurgie et relativisent face à l'échec, en se disant que « le principal est que le patient soit heureux ! » Comme dit Apfeldorfer dans son ouvrage « Je mange donc je suis » et un médecin dans notre étude, « il ne faut pas transformer un obèse pas forcément heureux, un obèse qui vit quand même, en un maigre, en un mince malheureux comme les pierres, toute sa vie. »

C. Perspectives :

Ce travail de thèse a pour objectif d'étudier les représentations des médecins concernant la chirurgie bariatrique et les patients qui en bénéficient, ainsi que leur impact sur le soin.

Ceci ayant été décrit, il paraît opportun de discuter des solutions à apporter afin de faciliter la pratique des médecins, mais aussi pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients atteints d'obésité.

Voici quelques pistes de réflexion :

- **Modification de l'outil diagnostique de l'obésité**

Pour pouvoir réaliser une prise en charge personnalisée de l'obésité, il serait peut-être judicieux de changer d'outil diagnostique. En effet, l'IMC ne tient compte ni du rapport masse grasse/masse maigre, ni du type d'obésité (androide/gynoide), ni des répercussions psychologiques ou des comorbidités associées, ni du handicap engendré par l'obésité.

Les recherches effectuées peuvent suggérer l'utilisation d'une échelle inspirée de l'EOSS (Edmonton Obesity Staging System) qui a été créée par les chercheurs de l'université de l'Alberta (Sharman and all, 2009) « par analogie avec les systèmes permettant de classer les stades évolutifs de diverses maladies, dans le but d'évaluer leur gravité et leur pronostic. Citons par exemple le cancer (classification TNM), les maladies mentales (DSM IV puis V) ou l'insuffisance cardiaque (NYHA). » (38), mais adaptée à la population française, et pas seulement. L'idée serait de développer des échelles pour évaluer les déficiences et le handicap, tout en prenant en compte la trajectoire des patients et la phase évolutive de la maladie. (38) Un groupe de travail est en cours de réflexion à ce sujet.

En effet, l'utilisation de ces nouveaux critères pourrait aider les soignants à changer leur regard sur les personnes obèses, et à moins voir la personne comme un IMC, mais davantage comme une personne avec toute sa dimension psychosociale.

- **Amélioration des connaissances des médecins (médecine ambulatoire)**

L'étude récente de l'ORS suggère d'améliorer la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques et de développer la formation initiale et continue dans ce sens : (32)

en formation initiale avec les thématiques de nutrition et de prise en charge des personnes obèses (en terme de prise en charge diététique, psychologique et d'activité physique et en travaillant sur les représentations vis-à-vis de l'obésité).

en formation continue sur le versant clinique et en développant l'éducation thérapeutique pour le patient.

- **Travail sur les représentations négatives des professionnels sur les patients**,

conduisant à un manque de motivation et une prise en charge de moins bonne qualité. Une attitude plus empathique pourrait améliorer la relation de soin, permettre une meilleure écoute et compréhension du patient, et de mieux cibler ses besoins. Ces notions font partie de l'éducation thérapeutique.

- **Abandon de ce que l'on appelle le « surmoi hippocratique » (36),**

qui peut nuire à la prise en charge singulière du patient atteint d'une pathologie très complexe. Une prise de conscience par les médecins de leurs représentations négatives pourrait permettre de dépasser le fantasme qu'ils ont de vouloir soigner tous les patients de la même manière et ainsi de s'ajuster au mieux au patient pris en charge.

- **Amélioration de l'accessibilité financière des personnes :**

valoriser l'acte (durée des consultations, complexité de la prise en charge) (32) et proposer un remboursement des prises en charge par des psychologues et diététiciens qui semblent poser problème.

- **Amélioration de la coordination** avec les différents niveaux de prises en charge (32) en favorisant les prises en charge pluri disciplinaires.

- **Changement de cap pour les programmes nationaux de lutte contre l'obésité :**

L'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) évoque les limites des plans PNNS : « l'effet des slogans et des messages de prévention semble s'épuiser, certains les considérant comme ambigus, voire contre-productifs. L'approche serait trop hygiéniste, trop moralisatrice par certains côtés, en décalage complet avec l'alimentation plaisir, l'identité culturelle française assimilant l'alimentation, la gastronomie et la convivialité à l'art de bien vivre... » (35)

A cela s'ajoute une aggravation des inégalités de santé au sein de la population, avec des messages d'information nutritionnelle « […] mieux reçus et mieux compris par les catégories socioprofessionnelles privilégiées et […] susceptibles de générer un sentiment d'impuissance et de culpabilité au sein des populations précaires » (35)

Ainsi, l'IGAS envisage un changement de stratégie lors d'un prochain plan, qui sera rebaptisé par la même occasion, pour bien le différencier des précédents : « la mission considère que la reconduction du plan en l'état n'est pas souhaitable: sa logique d'ensemble a démontré ses limites, voire ses effets contre-productifs. Elle doit donc être profondément transformée. » (35)

- **Adaptation du mobilier pour les sujets obèses :**

on peut noter que les médecins essaient de faire attention à ne pas mettre le patient mal-à-l'aise, notamment avec les chaises du cabinet. Une situation m'a frappée lors d'un entretien chez un médecin spécialiste de chirurgie bariatrique : l'espace des toilettes était si restreint que je me suis posé la question de la possibilité pour une personne obèse de se rendre dans cet endroit, tellement il était exigu…

- **Travail sur la relation de soin dans la formation des médecins,**

avec un approfondissement de la bienveillance, de la position de soin et de l'intention thérapeutique envers les patients, en particulier atteints d'obésité, mais pas seulement. Ce travail, personnel, pourrait permettre aux médecins de mettre en évidence certaines représentations, de prendre conscience qu'elles les animent et qu'elles peuvent influencer leurs pratiques. En effet, ignorer ces représentations peut conduire à laisser place à la stigmatisation des patients obèses, à majorer leurs difficultés et leur souffrance, voire même à participer à leur échec.

VI. Conclusion

Comme nous l'avons vu, les médecins ont, comme la population générale, des représentations plutôt négatives et péjoratives des personnes obèses, qui peuvent conduire à leur stigmatisation. Ceci explique probablement pourquoi devenir obèse est inimaginable pour eux. Ces représentations, qui se mettent en place dès le plus jeune âge, au gré des rencontres et des expériences, passent bien souvent inaperçues dans notre vie. Mais, insidieusement, elles influencent notre manière d'être et notre manière d'accomplir nos tâches au quotidien.

Nous avons remarqué que les médecins n'étaient pas très à l'aise au contact des patients obèses, et nous nous sommes intéressés à leurs représentations concernant une thérapeutique en plein essor : la chirurgie bariatrique. Nous avons également cherché à connaitre les représentations qu'ils ont des patients qui en bénéficient, et l'influence qu'elles ont sur le soin.

Nous avons mis en évidence de nombreuses ambivalences chez les médecins.

La première ambivalence concerne l'abord du poids en consultation : les médecins souhaitent aborder le problème de poids, mais, par leurs paroles, ils appréhendent de blesser les patients obèses et craignent un refus de la prise en charge. Ils rencontrent le même problème avec les personnes obèses de leur entourage, mais ils n'ont pas l'obligation morale de leur en parler, et très souvent ils préfèrent éviter le sujet en faisant diversion. Ce malaise, vis-à-vis des personnes et des patients obèses, peut entrainer un manque d'intérêt pour cette pathologie, ainsi qu'un manque d'implication de la part des médecins. Ceci peut limiter leurs connaissances relatives à la chirurgie bariatrique, et minorer le nombre de patients adressés au chirurgien, donc limiter le recul qu'ils peuvent avoir sur cette technique.

La deuxième ambivalence, qui découle de la première, concerne l'efficacité de la chirurgie bariatrique : les médecins décrivent, en fonction de leurs connaissances, des points forts et des points faibles (ou craintes) à la chirurgie bariatrique. Mais les craintes semblent être prédominantes, ce qui influence l'orientation des patients par les médecins : ils ne proposeront pas la chirurgie bariatrique d'emblée, mais davantage en dernier recours ou seulement à la demande des patients. Il semble que la demande des patients influence le choix définitif et aide les médecins à prendre la décision délicate en faveur de la chirurgie. Ils voient leur rôle comme un soutien, un accompagnement, et se doivent de respecter le libre choix des patients.

Ces deux ambivalences sont davantage l'adage des médecins généralistes, ou médecins de premier recours. Elles peuvent être à l'origine du manque d'investissement qui leur est reproché dans le parcours pré-chirurgical, malgré le rôle central qui leur est attribué ; cela constitue, en effet, une faille dans la prise en charge pluridisciplinaire.

La troisième ambivalence, plutôt rencontrée chez les médecins spécialistes, de deuxième et troisième recours, concerne les deux catégories de patients ayant recours à la chirurgie bariatrique. Ils dessinent un premier portrait, dans lequel le patient est comparable au bon élève, motivé et ayant toutes les cartes en main pour réussir. Il ne pose pas de gros problème de suivi, car il est observant. Le deuxième portrait dressé est celui du patient qui voit la chirurgie comme une solution de facilité,

comparable au portrait-type du mauvais élève. Son suivi est chaotique, les objectifs à atteindre sont davantage exigeants et le médecin plus sévère. Il semblerait que les médecins aient moins d'empathie à l'égard de ces patients, possiblement sous l'influence d'émotions négatives à leur encontre, comme la colère et la peur.

Ceci peut contribuer à majorer les difficultés du patient obèse, voire à entrainer son découragement, possiblement à l'origine du nombre de perdus de vue.

Deux autres ambivalences sont communes à tous les médecins :

La quatrième ambivalence pourrait s'appeler « fantasme du surmoi hippocratique ». Celui-ci correspond à la volonté de soigner tous les individus dans une égalité absolue. Or, malgré l'engagement pris le jour de leur doctorat, les médecins avouent préférer la perte de poids naturelle, et avoir plus d'empathie pour les patients qui ne recourent pas à la chirurgie.

La dernière ambivalence concerne le devoir de soigner les personnes obèses, mais l'incapacité à le faire. Tous les médecins recommandent la prise en charge diététique et l'activité physique à leurs patients obèses. Cependant, tout comme les PNNS successifs, ils se heurtent à des difficultés et l'inefficacité de leurs recommandations ; l'obésité ne recule pas. Ils s'interrogent donc sur le manque de motivation de leurs patients, déplorent le non remboursement des actes libéraux, diététique notamment, et peuvent se sentir impuissants.

La forte prévalence de l'obésité nous assure qu'aucun médecin ne peut échapper à la question de l'accueil de patients qui en souffrent… La réflexion autour de ces nombreuses ambivalences peut nous permettre de proposer des pistes de réflexion dans un but précis : améliorer la prise en charge des patients obèses, et réduire le nombre de perdus de vue qui constitue un problème majeur après la chirurgie bariatrique.

Une modification de la cible de prise en charge, d'une part dans la pratique des médecins, et d'autre part dans les programmes nationaux, actuellement axée sur l'alimentation et l'activité physique, serait souhaitable. En effet, cette démarche semble inadaptée pour résoudre les troubles du comportement alimentaire, qui ont une origine plus profonde.

Une meilleure formation, initiale et continue, sur les thématiques de nutrition et d'obésité pourrait permettre de diminuer les appréhensions relatives à la chirurgie, de mieux connaitre le rôle métabolique du tissu adipeux et ainsi d'orienter plus facilement vers la chirurgie, en donnant moins d'importance à la motivation du patient. Cela engendrerait possiblement moins de sentiments négatifs chez les médecins, des objectifs moins exigeants pour les patients et une relation médecin-patient facilitée durant le suivi.

Une modification de l'outil diagnostique, qui tiendrait davantage compte du retentissement psychique et du handicap induit, permettrait peut-être de prendre en charge le patient obèse selon une approche plus psychosociale.

Un abandon du « surmoi hippocratique » permettrait de renoncer au fantasme de prendre en charge tous les patients de manière identique. Cet ajustement du médecin à la situation de son patient rendrait la prise en charge singulière possible, face à tant de complexité dans la pathologie obésité.

La pratique de l'éducation thérapeutique donnerait la possibilité de mettre le patient davantage au centre du soin, et, pour le médecin, d'éprouver plus d'empathie.

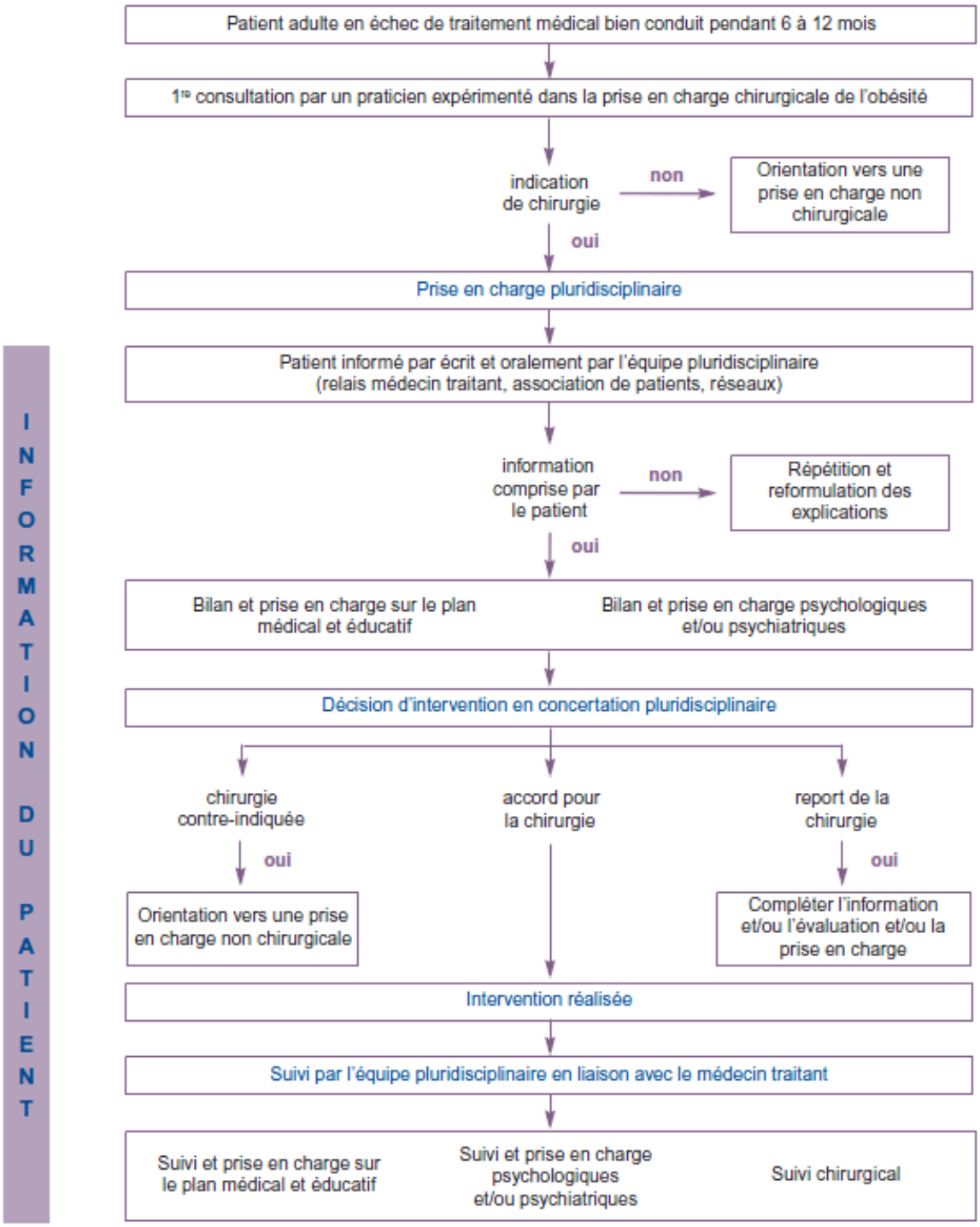
D'autres idées viseraient à améliorer la coordination au sein des équipes pluridisciplinaires, l'accessibilité financière, notamment auprès des psychologues, et à poursuivre les efforts concernant la mise en place d'équipements adaptés afin de réduire le sentiment de discrimination dont souffrent les patients obèses.

Il serait bénéfique de travailler sur la relation de soin dans la formation des médecins avec un approfondissement de la bienveillance, de la position de soin et de l'intention thérapeutique envers les patients, en particulier envers ceux atteints d'obésité, mais pas seulement. Ce travail, personnel, pourrait permettre aux médecins de mettre en évidence certaines représentations, et de prendre conscience qu'elles les animent et qu'elles influencent leurs pratiques. Cela pourrait permettre aux médecins de rester dans la bienveillance vis-à-vis du patient.

VII. Annexes

A. Parcours des candidats à la chirurgie bariatrique (2009, HAS) (39)

Figure 5- Le parcours du candidat à la chirurgie de l'obésité selon la HAS



B. Echelle EOSS « Paramètres permettant de définir les 5 stades de l'EOSS » (38)

Tableau 3- Echelle EOSS « Paramètres permettant de définir les 5 stades de l'EOSS »

Stade	Co-morbidités/poids Facteurs de risque	Retentissement somatique et psychologique - QdV- handicap
St 0	RAS pour les lipides plasmatiques, la glycémie, tension artérielle…Pas de signes cliniques	Pas de psychopathologie ou de symptômes fonctionnels, bonne QdV
St 1	HTA limite, hyperglycémie modérée à jeun, enzymes hépatiques un peu élevées	Signes mineurs : quelques douleurs, un peu de fatigue, petite baisse des capacités fonctionnelles & du bien être
St 2	DT2, HTA, SAS, RGO, arthrose	Troubles anxieux, limitation modérée des activités quotidiennes, baisse de QdV
St 3	Pathogie d'organe sévère : infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, complications du diabète, arthrose invalidante	Psychopathologie significative, limitations fonctionnelles ++ Baisse ++ de la QdV
St 4	Défaillance d'organes potentiellement terminale	Psychopathologie majeure, limitations fonctionnelles +++ Baisse +++ de la QdV

QdV : qualité de vie, DT2 : diabète de type 2, SAS : syndrome des apnées du sommeil, RGO : reflux gastro-oesophagien

C. Entretiens retranscrits : quelques exemples

Médecin 2 (durée 38')

- Est-ce que vous pouvez me raconter un peu votre parcours professionnel ?

- Oula… donc moi je suis chirurgien et j'ai fait mon internat en F. [région] parce que je voulais changer et installé depuis X [années], au début je faisais de la chirurgie globale.

- Et qu'est-ce qui vous a amené à vous intéresser à soigner des personnes obèses ?

- C'est comme ça, au fur et à mesure. Il y a déjà une demande, et parce qu'on est une région un peu particulière la F. [région] où se sont les endocrino qui nous ont presque demandé de faire de la chirurgie bariatrique à un moment, d'accord, parce qu'ils avaient une équipe etc… et que c'était un moment fait dans l'hôpital X. [hôpital], que le chirurgien qui en faisait a arrêté, il n'y avait plus personne sur place donc après c'est nous qui avons mis ça en place. Et puis c'est un peu particulier, c'est que moi j'ai pas voulu en faire au début parce que je savais que c'était chronophage et donc j'ai attendu d'avoir déjà une formation, une étiquette de chirurgien général avant de le faire, parce que je n'ai pas envie de faire que ça. Pour moi, j'en fait énormément parce que ça prend énormément de temps, mais je suis un chirurgien général et je fais énormément de choses.

- Et vous teniez à vraiment maîtriser le reste avant de…

-Ah oui, pas m'épuiser, pas faire que ça. C'est pas drôle. Enfin, c'est pas drôle, c'est répétitif, et si j'ai trois ou quatre opérations indifférentes ben c'est pas drôle. Moi j'aime bien, je fais encore des varices, des thyroïdes, au début même quand je me suis installé on faisait un peu de vasculaire, un peu d'orthopédie, un peu d'autres choses. Donc au fur et à mesure on arrête parce qu'on fait plus tout, mais je fais encore de tout sinon. Je n'ai pas envie que l'obésité soit une spécialité exclusive chez moi. Et je pense que c'est bien pour les malades. Ce n'est pas le cas partout, mais c'est ma philosophie. J'opère les gens de l'obésité comme je les opère d'autre chose. Donc j'ai commencé l'obésité en X [année], ça fait XX ans maintenant qu'on fait de l'obésité.

- L'objet de ma thèse concerne l'obésité… pour vous, qu'est-ce qui conduit une personne à devenir obèse ?

- ola, c'est compliqué. Moi je ne mets pas la génétique, l'hérédité, les machins …c'est la tête qui fait qu'on s'est laissé aller, on n'a pas fait ce qu'il fallait. Donc on peut toujours grimer l'obésité. D'accord, les obésités génétiques où les gens n'y peuvent rien, ça marche pas ici.

C'est-à-dire que l'objectif c'est d'arriver à dynamiser les gens, je ne suis pas un service de coach, mais euh, voilà, c'est un petit peu ça. Il faut changer leur manière d'être par rapport à l'alimentation, de penser, de redonner confiance en eux etc…

-Et ça, vous le faites au cours des consultations ?

- Ouais, c'est au fur et à mesure des consultations. On prend un peu connaissance de leur histoire personnelle, on voit ce qu'ils ont vécu etc. Alors c'est vrai qu'ils ont souvent des parcours compliqués, des viols, des machins, des trucs euh, beaucoup de gens ont des parcours particuliers, ils

ont été rabaissés, ils ont pas été, ils viennent de milieux sociaux défavorisés, alors il faut essayer de les redynamiser, de leur redonner un projet de vie, de les accompagner. Voilà.

- D'accord, et donc ça, ça se fait de façon préparatoire à la chirurgie ?

- Et donc c'est pareil, ça dépend du chirurgien. C'est-à-dire que certains chirurgiens de certaines équipes ailleurs où il n'y a que l'acte chirurgical qui est important… C'est la différence qu'on a ici, c'est qu'on essaie d'être, de s'occuper d'une personne et pas que d'un poids. C'est-à-dire que si vous allez ailleurs et si vous allez interroger d'autres gens, tac tac, vous avez les critères de poids, vous avez vu le psy, le psy dit vous n'êtes pas psychotique et puis on opère. Nous on essaie de demander qu'il y ait trois ou quatre consultations psy, qu'il y ait un suivi régulier. Moi je les vois au minimum trois si c'est pas quatre ou cinq fois les malades avant la chirurgie. Et donc c'est pas qu'une histoire de poids qui m'intéresse. Mes malades, je les connais tous. Ou presque. Je suis un peu le médecin généraliste du patient.

- Et est-ce que vous pourriez donner trois mots pour qualifier une personne obèse ?

- (blanc)

- Trois mots qui vous viennent…

- (siffle). Je sais pas… j'ai pas de… il faut bien en donner trois….

- Elle n'est pas très facile comme question…

- Non, pas facile parce que c'est… personne n'est pareil. Hein, je sais pas quoi dire. Parce que vraiment l'obésité ce n'est pas une personne, tout le monde n'a pas le même type. Il y a des gens qui sont mous, pas battants, y en a d'autres qui sont battants, y en a qui sont actifs, y en a où ils sont dépressifs et ils sont obèses. Pour moi, une personne obèse, c'est une personne qui a, on va dire, un handicap, c'est quand même un handicap s'il y a un mot. Euh qu'est-ce qu'on peut dire… euh… une personne qui…comment dire, c'est quand même une réduction de l'espérance de vie, alors ce n'est pas un mot mais… Ils sont handicapés, ils perdent des années de vie, ça tous. Et après le troisième je sais pas ce que je peux mettre… espoir, hein moi je sais pas. (Rires) On peut tous les changer…

- Espoir…

- Non mais j'exagère mais…

- On peut.

- Non mais je sais pas comment te dire, espoir, … on est tous, on peut leur proposer quelque chose. Il ne faut pas les laisser…il faut…aide…

- Y a pas de cas désespérés.

- Oui, y a pas de cas désespérés… il faut les aider.

(interrompu par le coup de téléphone de la secrétaire…)

- Est-ce que vous pouvez, vous en avez déjà un petit peu parlé, est-ce que vous pouvez me décrire comment se passe la consultation avec un patient obèse, entre le moment où vous allez le

chercher en salle d'attente et puis le moment où vous le raccompagnez après la consultation ? Est-ce qu'il y a des choses particulières ?

- Alors oui, y a plein de choses. En général, ils viennent tous dans un projet de chirurgie bariatrique. Donc on va éliminer ceux qui sont obèses mais qui ne sont pas assez obèses. Il y a des gens aussi qui viennent nous voir et qui sont mal orientés. Ceux qui sont orientés se connaissent tous entre eux, ils ont tous discuté, ils ont tous des copains, des machins, j'ai souvent la famille etc… donc j'ai trois consultations ou quatre consultations différentes.

Première consultation c'est une prise d'informations, c'est-à-dire que je retrace leur histoire pondérale, leur histoire familiale, leur manière de manger, leur activité spor…euh professionnelle. Et je les oriente auprès, parce que c'est souvent moi qui les vois en premier, le chirurgien les voit avant les endocrino et les psy dans 90 % des cas, c'est-à-dire que le malade pour lui, il vient ici pas pour voir un endocrino ou un psy, il vient pour se faire opérer. Donc il va voir le chirurgien et c'est le chirurgien souvent qui envoie à l'endocrino, ça nous arrive dans l'autre sens, mais on va dire dans 90% des cas c'est ça.

Ensuite après euh le malade ben je le vois au cours d'une deuxième consultation et je lui explique la chirurgie. Donc moi j'aime bien faire des petits dessins donc souvent je fais des petits schémas. Tiens, regarde, tu vois ça (il me montre un dossier), elle est vieille, c'est une dame que j'ai vu en 2012, donc là j'ai pas beaucoup changé, donc histoire pondérale, les antécédents familiaux, les apnées, etc. enfin tout ça, je l'oriente, donc vers le psychiatre. Deuxième consultation, donc voilà, je commence toujours par peser les gens, parce que j'ai quand même besoin….

- A la deuxième consultation ?

- A la première aussi, je les pèse, je les mesure, ça c'est obligatoire. C'est toujours eux qui se pèsent, c'est-à-dire qu'ils montent là-bas, y a pas de trucs connectés etc., non non, c'est eux qui parlent de leur poids et moi je leur demande toujours de se peser. La deuxième consultation tu vois je leur fais toujours des petits dessins tu vois je leur explique l'anneau, la sleeve, le by-pass, et puis la dérivation bilio-pancréatique, mais comme on n'en fait pas beaucoup je leur montre pas, d'accord, et puis ensuite je leur parle du document de la HAS, je sais pas si tu l'as déjà vu…

- C'est le 2009 ?

- C'est le 2009, il est pas tout récent mais je leur montre celui-là et je leur fais une photocopie de la première page où j'ai mis le site dessus et je leur demande d'aller voir sur ce site-là. Car je trouve qu'il est très bien fait et même s'il est vieux….

- Ça répond à pas mal de questions…

- Oui ça répond bien et c'est une base de travail honnête, officielle, carrée. Et à la troisième consultation, il doit venir avec une liste de questions par rapport à la chirurgie. Tout ce qu'ils ont vu dedans, c'est-à-dire sur le site de la HAS, il y a des modèles de questions prêtes donc ils trouvent des solutions dedans, mais c'est pour que la consultation soit un peu organisée, parce que moi j'en vois énormément des malades donc il faut qu'elle soit rapide. Donc c'est à la fois bien pour le malade parce qu'il a un temps de réflexion, je lui demande que ce soit lui qui fasse les questions, que ce soit sa famille aussi…. Parce que le fait d'avoir le bouquin, ça veut dire que si ils sont venus seuls à la

consultation, des fois ils viennent à deux, mais s'ils sont venus seul, ça peut traîner sur une table de nuit et ça peut être lu par toute la famille, par les enfants qui ont peur etc… et donc à la troisième consultation, je réponds aux questions et à la fin on peut arriver à dire « qu'est-ce que vous aimeriez bien avoir comme opération ? » parce que je ne veux pas qu'ils viennent ici en disant « je veux une sleeve », « je veux un bypass », non non. On vient pour perdre du poids, on ne vient pas pour se faire opérer etc. Et à la fin de la troisième consultation on envisage une discussion en RCP, donc je leur dis « bon ben on va présenter votre dossier… », rendez-vous la prochaine fois pour opérer.

Et à la quatrième consultation on organise l'opération. D'accord, donc habituellement je les vois tous les trois mois, donc ça fait un an, et ça arrive des fois que je shunte la quatrième consultation, à la fin de la troisième, je leur dis « on va organiser l'opération mais on validera avec la RCP ».

- D'accord

- C'est-à-dire que voilà, ceux qui sont vraiment très clairs, je les vois trois fois, et puis les autres, je les vois quatre fois, des fois j'en vois un peu plus, et je note.

On a un côté aussi un peu légal avec la plupart des procès c'est « est-ce que vous avez informé le patient ? ». C'est une obligation très importante, donc moi j'ai marqué dans le dossier « réponse aux questions », j'ai un délai entre les consultations donc il ne peut pas dire « je ne savais pas ».

-Entre le moment où vous répondez aux questions et le moment où vous opérez ?

- Oui, déjà quand j'ai un problème, le mec il va aller voir le juge, il va lui dire « mais vous l'avez vu combien de fois votre chirurgien ? », « sur un an, vous avez pas eu le temps de lui poser la question ? c'est que c'est de votre faute, c'est pas possible ». Donc moi je suis couvert parce que j'ai un délai de consultation, j'ai un délai de réflexion, je leur donne ce papier et avant le bloc opératoire on leur donne encore un papier de la fondation française de chirurgie digestive explicative de la sleeve ou du by-pass, etc. Donc ils ont encore quatre pages cette fois-ci plus sur le côté technique avec les risques opératoires de saignement, d'infection, …

-Et ils le datent et le signent ?

- Non je ne crois pas, parce que moi j'ai plutôt un rapport de confiance. C'est donné, après ils en font ce qu'ils veulent. Et c'est vrai qu'il faudrait mieux que ce soit daté signé mais faudrait qu'ils me le ramènent. Par contre, ils me ramènent chaque fois l'autorisation d'opérer. Après ils ont signé comme quoi ils avaient eu le temps de poser les questions et tout et tout.

Ça marche ?

- D'accord. Alors c'est peut-être une question un peu « facile » pour vous, <u>comment est-ce que vous percevez la chirurgie bariatrique ?</u>

- Très bien. Alors, moi, non non, pas très bien. C'est-à-dire que moi je pense que ce n'est pas une bonne idée, c'est ce que je dis souvent, mais c'est la moins mauvaise qu'on a. Ça veut dire que, c'est déjà par rapport à certains chirurgiens, il y en a qui croient qu'on va tout régler, mais non, on ne règle pas tout. Mais qu'est-ce qu'on fait des fois ? Ben c'est ce qu'on a de mieux actuellement. Mais un jour je sais que ça s'arrêtera, parce qu'un jour on aura un autre médicament, un jour on aura

d'autres choses. Donc pour moi la chirurgie bariatrique c'est la moins mauvaise, c'est souvent la moins mauvaise solution.

- Actuellement

- Actuellement. C'est pas la bonne solution, c'est la moins mauvaise. Donc c'est comme ça que je la perçois. C'est la moins mauvaise solution pour régler le problème pondéral.

- D'accord. <u>Et si vous ou l'un de vos proches aviez les critères d'indication de la chirurgie bariatrique, qu'est-ce que vous décideriez de faire ?</u>

- Ben les deux. Je déciderais d'opérer. Ah ben oui j'irais à la chirurgie bariatrique. Je ne sais pas forcément laquelle, ça dépend comment moi je le vis etc. Mais oui. Et moi, quelqu'un de ma famille qui a un problème d'obésité, j'en ai déjà, j'ai une cousine qui m'avait appelé, elle s'est fait opérer ailleurs, mais oui je lui ai conseillé, elle est infirmière donc elle savait tout. Oui oui, il faut se faire opérer. Par contre, il faut choisir le moment, il faut prendre un délai, c'est clair. Mais non non, l'opération je la conseille à quelqu'un de proche de moi de la faire, c'est une bonne solution.

<u>- Et est-ce que vous avez des personnes obèses dans votre entourage ?</u>

- Non. (très clairement). Non. Euh, pfff.

- Votre famille, des amis…

- Ah ben si, des amis autour, j'en ai comme ça. Mais euh je vois des gens d'ailleurs, je suis des gens, et on se voit dans des soirées ensemble, que j'ai opéré. Euh, ma belle-mère, elle doit avoir 20 ou 30 kg de plus, mais elle a 80 ans, je vais pas l'opérer. Alors chaque chose a ses origines, euh, chez nous on est costauds. Mais euh non je n'ai pas de vrais obèses à 150 kg dans ma famille. J'ai que des, des costauds.

- Et comment est-ce que vous les percevez du coup ?

- Les gens gros ?

- Les gens plus corpulents dans votre entourage

- Je sais pas, c'est pas très corpulent. Ma belle-mère des fois elle ferait mieux de faire un peu de sport. Et non j'ai pas de vision, euh, c'est leur vie après. Moi je juge pas. Par contre, j'avoue que j'aime pas les malades obèses, j'ai pas de pitié pour certains malades obèses parce que je sais qu'on a des solutions. Donc j'aime pas voir un malade obèse parce que je sais que je peux l'aider. Et donc je me dis « ben c'est de sa faute », il reste obèse… on a des solutions ! Et j'aime pas les gens qui se prennent pas en main. Donc j'ai pas de raison de… je leur dis ben… voilà, je les vois manger, je les vois machin… c'est pas normal ça.

- Vous les voyez depuis, dans la salle d'attente là ?

- Ah non, pas ici. Ailleurs. Quand je vais au restaurant, quand je vais au cinéma… J'ai, voilà, pourtant je m'occupe d'obésité, donc je suis prêt à aider, mais j'aime pas, je me dis c'est pas normal. Je vois toute la famille, je vois tout le monde qui mange, machin, ça m'énerve ! Alors que je sais qu'il y a moyen de faire des autres choses, qu'il y a une qualité de vie qui est mieux etc…

- Et est-ce que vous voyez arriver au cabinet des gens qui viennent pour se faire opérer mais qui n'ont pas essayé du tout la diététique, l'activité physique etc. ?

- Ah oui ! Oui, ils viennent ! Ah ben ils viennent d'eux même. Oui, parce que c'est une solution de facilité la chirurgie ! C'est facile maintenant ! C'est ça. Le problème de la chirurgie bariatrique c'est que maintenant une sleeve on rentre le lundi matin, on sort le mercredi ! On a deux nuits d'hospitalisation. C'est plus facile que de faire un régime hein !! Non mais c'est ça qui se passe !

- Et vous leur dites quoi dans ce cas-là ?

- Ben j'opère pas des fois ! Ou là aujourd'hui j'ai appelé un médecin des gens, parce que j'ai des histoires avec les origines ethniques etc., y avait une dame, elle doit être d'origine kosovarde, le fils il a 25 ans il est déjà gros, machin, y a pas de sport, y a pas de machin… Je sais que derrière c'est ce que j'ai dit au médecin, j'ai mis « réservé » dans ma fiche informatique parce que je suis pas sûr que derrière il y aura un changement de comportement ! Et y a pas d'efforts, y a pas de machins… et normalement on n'y va pas ! Mais là j'ai quelqu'un, la maman a 45 ans, elle a déjà des visco-supplémentations, on parle de mettre une prothèse, elle est déjà diabétique, elle est hypertendue, elle a tous les trucs, donc si on fait rien ça ne va pas aller. Donc on se dit des fois « on va y aller, on va donner une chance ». Mais c'est une sleeve, ça nous attriste. Quand je vois que moi la règle je veux que normalement il y ait une activité sportive, parce que je suis un peu sportif et je m'occupe de sportifs à côté. Euh, je veux qu'il y ait du sport avant. Par rapport à d'autres chirurgiens j'insiste. Tout le monde peut faire du sport. Ils me disent tous « ah ben non c'est trop cher » etc. Moi je vais sur le site du bon coin et le vélo d'appartement il est à 25 euros ou à 15 euros …

- Ou de la course à pied ?

- Ouais, ou de la course à pied, mais la course à pied ils ne peuvent pas en faire, ils ont mal aux genoux, donc euh, je leur dis ben par contre « il faut prendre des bâtons », il ne faut pas jouer au culbuto comme on dit. Non non. Donc on arrive toujours à leur trouver une excuse… C'est-à-dire que moi, la règle ici, y a pas d'excuse. C'est-à-dire que «j'ai pas le temps ». Ben si vous avez pas le temps avant, y aura pas le temps après, ça marchera pas ! «Vous avez pas le temps de faire du sport ? » « ben si, pour faire du sport quand vous êtes gros il faut cinq minutes ! ». C'est-à-dire qu'un gros, moi je fais du sport où vous, il faut une demi-heure pour commencer à transpirer, eux au bout de cinq minutes, c'est comme s'ils avaient fait leur séance. Donc celui qui me dit « moi j'arrive pas à trouver cinq minutes pour faire du sport », il y arrive pas, il a pas le…j'y crois pas. Donc j'ai des règles, des phrases un peu toutes prêtes à force parce que j'ai toujours la même chose… C'est « j'y arrive pas, je peux pas, je suis essoufflé,… »

- Et est-ce que ça marche ?

- Ben ça marche à peu près parce que j'ai, je parle bien, machin, les gens ils…, je suis un peu coach, gourou presque… (rires)

- (rires)

- Non, mais il faut l'utiliser, parce que le but c'est de leur redonner confiance, de leur refaire un truc, donc… et puis les femmes elles m'apprécient, elles font des machins, parce qu'il faut être gentil avec elles, parce qu'il faut leur faire des remarques, il faut leur dire après les consults et leur parler

d'habillement, de machins… c'est-à-dire que je vois les résultats après, c'est-à-dire que les gros, moi quand je les vois en post-op, ils commencent à remettre des couleurs, ils commencent à supprimer le noir, ils commencent à se remaquiller et je leur fais une remarque. Et une fois maquillée après l'opération, je leur dis hein « on va se reconstruire », on les suit après. Je leur dis « ben la prochaine fois on met des couleurs, la prochaine fois on fait un autre truc ». Donc ça, ça marche bien. C'est là où les résultats d'un chirurgien vont dépendre de l'un à l'autre ! C'est pas qu'une chirurgie que je fais ! Si vous le dynamisez et que vous faites un peu ce que dit votre généraliste, vous leur donnez des motivations. Hé ben ça marche bien. Mais voilà ça c'est moi, j'ai-je pense de meilleurs résultats que d'autres parce que j'ai un autre affect, j'ai un autre affectif avec les malades et pas que le côté technique. Voilà.

- Il y a la personne…

- Et je pense que le chirurgien il joue énormément, dans cette spécialité. Pour une hernie on s'en fout. Mais là ils font des choses pour nous. Et j'ai… Et c'est là où des fois il faut faire attention, on est à la limite du transfert. C'est-à-dire qu'il y a des femmes qui sont amoureuses, y a des femmes qui font des machins, des autres choses… Et ça moi je le vis énormément. C'est-à-dire que comme il y a beaucoup de femmes obèses, y en a beaucoup qui font un transfert, qui font des choses pour moi. Danger, danger…

- Et donc vous les suivez après la chirurgie. Mais pendant combien de temps ?

- Alors ça dépend de l'opération que j'ai fait. C'est-à-dire que je vais suivre les ados beaucoup -j'en fais de moins en moins-, mais actuellement normalement la règle c'est un mois après la chirurgie la consultation classique, six mois après et un an et demi après. Donc ça veut dire, voilà, on est à un an et demi, on parle de chirurgie réparatrice, le poids est stabilisé, on parle de grossesse, d'autres choses, et éventuellement soit on continue le suivi si les gens sont demandeurs, et soit on arrête. Mais moi, avec les sleeves, j'ai pas besoin d'avoir un suivi au long cours.

- Après c'est s'il y a un problème qu'on vous réadresse…

- Voilà, mais par contre si on sait qu'il y a pas de suivi, ils reprennent du poids. Donc l'idée c'est de, dès que je vois qu'il y a un manque d'…, échappement, un danger d'échappement, là on se revoit dans un an. Je continue à faire une fois par an pour être sûr que je les revois pas après avec plus 30 kg.

- Et au niveau de la proportion, vous voyez plus d'hommes ou de femmes pour l'opération?

- L'obésité c'est plutôt féminin hein…

- Du coup ça se ressent aussi pour les opérations ?

- Ah oui oui, c'est pareil. On a plus d'hommes à la consult, mais plus de femmes à l'opération. Après j'ai du mal à vous dire les perdus de vue, les suivis, ceux qui ne reviennent pas à la consult, je compte pas tout ça. Mais j'en ai beaucoup qui reviennent pas à la deuxième. J'arrive encore à les avoir en post-op, j'ai pas l'impression qu'il y en ai pas beaucoup qui ne viennent pas après. Pourquoi ? Parce qu'ils ont besoin de moi pour la chirurgie réparatrice. Ils ont besoin de moi pour autre chose, donc à partir du moment où ils ont besoin de moi pour les adresser, ben ils viennent me voir.

- Parce que pour la chirurgie réparatrice c'est vous qui évaluez le besoin ?

- Ben qui évalue, j'en discute. Je leur dis je vous adresse, je vous conseillerai, je vous dirai qui aller voir, qui c'est qui fait bien les seins, qui fait bien le ventre. Moi j'en fais des fois un peu de dermolipectomie abdominale pour certains des fois je le fais car parfois les plasticiens les tarifs sont pas les bons etc… certains peuvent pas se le payer. Et puis j'ai pas envie d'en faire de trop parce que j'ai pas envie à la fois de prendre le travail des plasticiens, et c'est pas mon boulot. Et je fais une quinzaine, une vingtaine de dermolipectomie par an pour euh, pour rendre service. Et donc je les oriente. Et c'est pareil, c'est pour ça que j'ai pas de perdus de vue. Je les ai pas perdus de vue ni avant ni après parce qu'ils ont besoin de moi. Ça ne veut pas dire que je ne les perds pas après mais bon…

- Et est-ce que vous trouvez que le réseau fonctionne plutôt bien avec les généralistes?

- Les généralistes, non. (sur un ton franc).

- Non ça ne fonctionne pas ? C'est plus le bouche à oreille ?

- Non mais les généralistes, eux ils s'en foutent ! Ils y connaissent que dalle. Ah mais je suis désolé de vous le dire, mais on les appelle, on a rien. On leur demande des mots, des machins,… On fait des réunions dans lesquelles on discute, tantôt je les appelle pour des dossiers des machins, ils savent pas s'il faut faire une sleeve ou by-pass les généralistes. Et c'est dommage ! Y a pas eu de cours pendant des années à la faculté, vous vous avez commencé tout juste maintenant à avoir des trucs, mais y avait pas avant... Donc y a toute une partie, moi j'ai fait des enseignements post-universitaires à côté, j'ai fait des machins pour avoir l'avis des généralistes mais quand j'appelle un généraliste j'ai un chiffon …

- Vous aimeriez quelque chose de plus complet ?

- Ah ben plus complet oui. Chaque fois qu'on fait une RCP on demande l'avis à tout le monde, mais c'est très rare, disons qu'on est très contents quand un généraliste nous met un mot recherché. Parce que sinon, il nous met juste avis favorable grosso modo…

- Parce que vous sollicitez l'avis du généraliste à chaque fois ?

- Ouais. Alors soit on l'appelle, soit il nous envoie une lettre d'emblée. Vous avez déjà vu les feuilles de RCP ou pas ?

- Pas pour la chirurgie bariatrique…

- On a une feuille de RCP officielle (cherche une feuille de RCP). On a des RCP tous les mois. En pratique (décrit la feuille de RCP). Donc l'avis du généraliste est pris à chaque fois. Mais souvent le généraliste est …

- Un peu effacé ?

- Ben il est un peu effacé parce qu'il nous apporte pas grand-chose, et on aimerait bien ! C'est-à-dire qu'on les invite à nos RCP, ça se passe souvent ici. Les chirurgiens viennent, se retrouvent tous là, les endocrinologues, les psychiatres, il y en a des réguliers qui viennent et on invite les généralistes. Mais sur nos RCP depuis cinq ou dix ans, on a vu 10 ou 15 généralistes… et chaque fois ceux qui sont venus

ont apprécié, parce qu'ils ne savent pas comment on discute, ils ne connaissent rien. Donc on leur demande de venir, et quand ils ont vu comment on discutait, ils arrivent mieux à suivre les patients après. Donc c'est intéressant de venir à cette réunion, et ça c'est ouvert à tout le monde.

- Est-ce que je peux me permettre de vous demander votre âge ?

- Alors à votre avis ? XX ans.

- Et puis votre poids et votre taille ?

- Rolala, 1,XXm et XX kg.

- Est-ce que vous avez des antécédents particuliers par rapport à votre poids ?

- (blanc). Non.

- Et puis votre ancienneté ?

- Ma thèse date de XXXX, installation XXXX.

[partie personnelle]

-Chacun a sa représentation particulière de l'obésité. Non, la chance qu'on a c'est qu'on s'entend relativement bien, on est un groupe qui est à peu près bien, et on se tire pas dans les pattes. Et donc ça c'est énorme, on est pas comme dans des villes où c'est un business, où c'est quelque chose comme ça. Par contre, ce qui est important, ce n'est pas politiquement correct, c'est qu'il faut pas trop bien organiser… c'est-à-dire que si c'est trop bien organisé, c'est trop facile. Il faut que les malades ils en bavent un peu. Ouais. C'est aussi, en tant que généraliste, c'est-à-dire que si le parcours était trop bien tracé, en disant il faut aller à tel endroit toujours la même chose, on n'est plus sur un truc à la carte, et le malade, si en une demi-journée il voit les trois, ah c'est sûr qu'il a pas perdu de temps, mais est-ce qu'il aura la même volonté ?

Si ça l'a obligé à perdre une journée de travail pour aller voir untel, pour aller voir untel et faire 100 km pour faire un truc, vous êtes sûr à la fin que vous avez un malade qui en veut… Chercher les informations, je peux leur donner tous les trucs. Tu vois la fiche que je fais qui n'est pas bien faite, ça me dérangerait pas de photocopier ou de faire un truc bien tapé à la machine en disant tout ce qu'il faut faire. Mais il y aurait plus le côté humain…

- Là il y a la démarche du patient qui va s'investir…

- Qui va s'investir dans, qui va imprimer, celui qui a préparé les questions, moi je marque s'il m'a mis une page, deux pages, trois pages,… Et je pourrais faire beaucoup mieux dans mon organisation, avoir des filières, des machins, mais faut pas le faire. Si on le fait trop bien, c'est pas bon. Enfin, c'est pas bon… on n'aura pas les même résultats… Et c'est ce qui se passe des fois on veut faire des maisons de l'obésité, le gouvernement veut faire des maisons de l'obésité, ça va être une solution de facilité.

- Vous pensez que ce n'est pas forcément une bonne chose ?

- Ah non, je pense pas. Et je pense que de notre côté libéral c'est pas forcément bien pour les gens parce qu'ils sont obligés d'avancer, mais c'est comme pour la psychologie, la psychanalyse, quand on paie on veut. Et c'est pour ça que pour les dépassements d'honoraires, j'essaie de pas faire trop cher

par rapport à ce qui se fait ailleurs mais j'essaie que les gens paient presque tous. [on parle tarifs avec des lieux de comparaison]. Donc j'essaie de faire que ce soit pas trop organisé, que ça fasse à la carte, que ça soit un peu le côté humain et pas l'usine. Et pareil les dessins que je fais à chaque fois, moi ça me faire ch***…

- A chaque fois vous les faites en direct ?

- Oui oui oui. Alors que je pourrais faire des photocopies. Mais si c'est en direct, c'est chacun à son explication, d'accord. Je pourrais en faire rentrer deux à la fois, trois à la fois, ou faire une soirée… C'est pas un numéro, c'est une personne. Et c'est pour ça que moi je vais avoir une relation qui ne sera pas la même qu'avec un autre chirurgien qui ferait une réunion d'information pour tout le monde. Et c'est pas bien. Moi j'essaie de mettre un côté humain. C'est-à-dire que si je vois sept ou huit patients pour obésité, je vais faire sept ou huit fois le même dessin…

- Est-ce que vous les regroupez dans la journée ?

- Non non, justement pas. Les secrétaires aimeraient bien… Je ne veux pas que ce soit mon pain quotidien, et mon, mince, mon revenu principal. Sinon je force le tiroir-caisse, et j'opère tout le monde… moi maintenant le malade il n'est pas content, il va se faire opérer ailleurs, j'en ai d'autres… Ce n'est pas une bonne indication, je fais pas ça. Le jour où l'obésité ça m'intéresse pas ou ça se passe plus bien, ben je ferai d'autre chose, je ferai de la cancéro, des hernies… et le malade il aime bien aussi parce que après souvent ils ont un problème de vésicule, de varices, et moi je peux prendre en globalité. C'est le côté un peu général.

Médecin 6 (durée : 29'50)

- Pour commencer, est-ce que vous pouvez me raconter un petit peu votre parcours professionnel ?

- Ah, moi je suis arrivée en F. [région] après mon internat, donc en X. [année]. Donc après j'ai été interne en F. [région], et puis après ben A. [titre]. Et puis après je me suis installée en libéral en X [année], en étant P.[titre] ici depuis X. [année].

- Et qu'est-ce qui vous a poussée vers cette spécialité ?

- Ben la diabéto, l'endocrino, en fait c'est le stage d'externe que j'avais fait à la fac d'où je viens, où j'ai eu un peu le virus, donc euh…

- D'accord. Qu'est-ce qui vous a plu dans cette spécialité ?

- Oh ben moi c'est aussi un peu l'approche éducative, hein… pour la diabéto, le fait de pouvoir parler aux gens hein, quoi, c'était pas trop l'aspect technique mais plus l'aspect rapport humain et puis l'éducation quoi. Après peut-être déformation, mon papa était enseignant donc euh… (rires)

- (Rires)

- Donc euh voilà oui. Plus le fait que j'avais quand même aussi quelques diabétiques dans ma famille donc euh… (rires)

- Et puis le métier de médecin en général ?

- Oh ben j'ai toujours voulu faire ça donc euh. Voilà, c'est une vocation, euh voilà, depuis le CP moi je voulais être, au début je voulais être pédiatre et puis j'ai bifurqué après (rires)

-D'accord (rire). Alors on va revenir à l'obésité… Pour vous qu'est-ce qui conduit une personne à devenir obèse ?

- Oh, oh vaste question… Je pense qu'il y a beaucoup quand même l'éducation familiale quoi, je pense l'hygiène de vie depuis tout petit. Je pense que voilà, si on n'a pas eu, pas une formation, mais où on ne baigne pas en fait dans un milieu où on a l'habitude de manger correctement, ça n'aide pas. Parce que souvent quand même c'est des histoires de famille quand même hein donc euh... Donc après bon, il y a de la génétique aussi, mais euh, je pense qu'il y a beaucoup de comportements qui ont été un peu acquis dans la petite enfance, et puis après les comportements sont ensuite très difficiles à modifier quand les enfants grandissent. Et c'est pris en charge des fois un peu trop tard justement quand on se rend compte déjà que à l'adolescence ils sont déjà obèses et c'est des fois compliqué de redresser la barre quoi.

- D'accord. Vous voyez d'autres choses ?

- Ben, pff, après bon ben il y a les causes hormonales, mais on va dire que c'est quand même une minorité de personnes qui ont un problème hormonal qui explique l'obésité. Parce qu'on fait toujours un bilan mais on retrouve jam…, assez rarement quand même une cause…

- C'est relativement peu par rapport au nombre de personnes obèses…

- Ouais. Après y a les troubles du comportement alimentaire aussi, donc euh…

- Et si on essaie de quitter notre casquette de médecin, du coup, en tant que personne dans la population, qu'est-ce que vous diriez de plus ?

- Moi je me demande s'il n'y a pas aussi une influence de la télé, de l'accessibilité aussi à, c'est tellement facile d'aller s'acheter quelque chose à manger n'importe où, voilà. C'était peut-être plus difficile à une période… Voilà, au supermarché, il se dit « voilà, je mets dans le caddie, et puis hop ».

- Ça irait avec la société de consommation ?

- Ouais.

- Est-ce que vous voyez d'autres choses ?

- Ben pis aussi, bon après, dire que c'est le manque de temps pour préparer ses repas, y a peut-être un peu de ça, mais je pense qu'il y a pas que de ça non plus. C'est aussi, ça revient sur la société de consommation. Au lieu de me faire à manger, je vais sortir de la boite et je vais le réchauffer quoi. Et puis là on ne contrôle pas ce qu'il y a dedans !

- D'accord. Donc il y a un gros facteur alimentaire…

- Oui.

- Est-ce que vous pouvez me donner trois mots pour qualifier une personne obèse ?

- (blanc). Je pense qu'il y a quand même beaucoup de souffrance, que les gens qui viennent consulter ils sont, ils sont généralement en souffrance. Euh… Je pense que le regard des autres, je sais pas comment qualifier ça.

- Ça ce serait le deuxième mot du coup ?

- Ouais.

- D'accord

- (blanc) Après, un troisième mot…

- C'est pas très évident cette question…

- (rires). Ah je pense qu'il y a de la souffrance, y a de la honte aussi. Les gens ils ont souvent honte d'eux-mêmes. Ils ont des fois des mots très très durs envers eux hein.

- En consultation, ils vous en parlent de tout ça ?

- Peut-être pas la première fois. Mais souvent quand c'est des gens qui sont déjà en confiance, des fois ouais, la carapace elle perce. Et puis ils ont parfois des mots très très durs envers eux...

- Est-ce que vous pouvez me décrire un petit peu comment se passe une consultation avec un patient obèse, entre le moment où vous allez le chercher en salle d'attente et le moment où il va quitter votre cabinet ?

- On va dire que c'est très… très difficile de faire beaucoup de choses en peu de temps. Parce que c'est souvent quand même des consultations assez longues. C'est vrai que vu la demande actuelle, tout confondu, je parle hein dans la spécialité, on a de plus en plus de demande et puis du coup on a de moins en moins de temps. Après c'est vrai que faire quelque chose en moins d'une demi-heure, c'est quasi mission impossible, entre déjà le recueil de l'histoire médicale de la personne, ses antécédents… Y en a qui sont quand même pas uniquement obèses hein, y a toutes les pathologies associées de comorbidités, ça prend quand même un certain temps déjà pour cerner un petit peu la personne et son environnement médical, des soucis qu'il a. Après ben il faut quand même l'interroger sur son mode de vie, donc ça prend encore un certain temps.

- Et ça vous le faites systématiquement aussi ?

- Oh oui oui oui. Oh ben on ne peut pas cerner une personne sans lui demander pour l'obésité, savoir comment il mange (rires), et puis ce qu'il fait de sa vie quoi.

- Et ça, ça vous intéresse…

- Oui oui, ben oui, on ne peut pas, si on ne sait pas comment il s'alimente, je vois pas comment on peut cerner la personne hein. Ses habitudes de consommation, le grignoteur, celui qui mange vite, celui qui fait tout en même temps, où il mange aussi, ce qu'il a comme activité...on ne peut pas faire sans lui poser tout ça quoi. Donc, euh, donc c'est vite chronophage !

- Donc vous faites ça, et puis après ?

- Et puis après, ben ça dépend. Ça dépend après de l'importance de la surcharge pondérale aussi quoi, si c'est euh… Après on en a souvent qui viennent qui sont orientés par le chirurgien, donc qui ont déjà un projet de chirurgie bariatrique

- Hum hum

- Donc après c'est plus souvent ceux-là qu'on voit que ceux qui viennent avant de se préoccuper de leur obésité, avant d'en être à ce stade-là.

- Vous en voyez plus qui se préparent à la chirurgie que de personnes obèses qui ne s'y préparent pas ?

- Ouais. Je pense qu'ils ont, je sais pas après, est-ce que c'est une crainte d'aller prendre un rendez-vous, ou je, je sais pas. Mais … Après, est-ce que justement c'est le médecin traitant qui n'ose pas en parler aussi, de dire est-ce que vous avez consulté… mais c'est vrai qu'on les voit souvent en deuxième ligne, quand il y a déjà un projet de…

- Et du coup quand ils sont dans cette situation-là les patients, ça se passe comment la consultation pour la suite ?

- On voit de tout. Y en a qui vraiment se disent « ah ben j'ai juste une croix à cocher pour que mon parcours il soit validé », donc ça, généralement ça part pas trop bien quand c'est comme ça, parce que c'est souvent ceux-là qui ne reviennent pas après… ou qui lâchent le suivi une fois qu'ils sont opérés, et ça….

- Vous n'aimez pas trop ?

- J'aime pas trop, ouais. Euh et puis après il y a celui qui fait tout bien, et qui vient, voilà, après y en a même qu'on suit, qui ont un parcours de chirurgie, et puis qu'au final ils ont tellement tout fait bien qu'il n y a plus de nécessité quoi.

- D'accord

- Moi j'ai une dame qui partait je crois à plus de 100 kg, elle est arrivée elle avait, elle était à 75 kg quoi. Juste avec le changement de comportement, le suivi…

- Ça a plutôt bien marché pour elle du coup

- Oui, voilà.

- Et concrètement, dans la consultation, donc après avoir fait, si j'ai bien compris, l'interrogatoire finalement…

- Ben après, en fonction de ce qu'ils m'ont dit sur leur alimentation, je vais essayer de leur donner un petit peu des repères alimentaires sur une répartition qui n'est pas trop restrictive non plus parce que de toute façon ça sert pas à grand-chose si ce n'est qu'ils perdent et puis qu'après ils reprennent

tout…. Donc leur donner des repères sur une alimentation qui a des apports quasi normaux quoi, pour qu'ils aient un peu de repères, qu'ils sachent où ils se situent par rapport à une alimentation considérée comme normale. J'essaie de leur faire établir un journal alimentaire mais c'est pas toujours simple… Y en a qui le font, on le demande ils le font, et puis y en a qui… On va dire, ceux qui font le journal alimentaire, c'est souvent ceux qui n'ont pas de projet de chirurgie justement hein, qui sont un peu plus disciplinés de ce côté-là.

- Et du coup ceux qui ont le projet de chirurgie eux vous avez l'impression qu'ils font moins les efforts que vous leur demandez de faire ou pas ?

- Ben après ils sont obligés quand même d'en faire un peu. Mais ils vont, je sais pas comment dire, (blanc), ils vont quand même essayer de modifier, parce qu'il y a des choses que s'il ne modifient pas ils seront pas opérés de toute façon, un qui va consommer des boissons gazeuses par exemple et s'il ne modifie pas son comportement de toute façon le chirurgien l'opérera pas quoi … Donc ils vont peut-être modifier certaines choses mais peut-être pas toutes.

- D'accord. <u>Y a une différence que vous observez entre ceux qui ont envie de se faire opérer et puis les autres ?</u>

- Ouais. Ouais. (blanc).

- Juste pour revenir à comment se passe la consultation, y a un moment où vous faites un examen clinique.

- Ben généralement c'est prise de tension, pour voir s'il y a une comorbidité, si, ben le poids, la taille… après ben l'aspect, si y a des signes hormonaux quoi, s'il a une tête de, s'il a vraiment un aspect de Cushing, c'est vraiment des choses qu'on va regarder

- Rechercher une cause sous-jacente…

- Ouais.

- Et puis quand vous faite l'examen clinique est-ce qu'il y a des moments où vous sentez que le patient est mal à l'aise ou c'est vous qui êtes mal à l'aise par rapport à certaines choses en rapport avec cette obésité justement?

- Ouf, non pas… pas spécialement.

- D'accord

-Bon je les fais pas forcément déshabiller non plus hein, (rire discret) donc euh… complètement parce que bon… oui peut-être qu'ils seraient mal à l'aise dans cette situation. Mais ouais je les fais pas déshabiller complètement

- C'est juste T-Shirt et vous enlevez les chaussures et…

- Ouais, voilà.

- D'accord. <u>Comment est-ce que vous vous percevez la chirurgie bariatrique ?</u>

- Ben, après, moi je pense que pour des gens qui sont effectivement en souffrance, hé ben y en a qui revivent après et puis des gens qui ont un mieux-être une fois qu'ils ont été opérés, qu'ils ont enfin… retrouvé un poids beaucoup plus normal, ils arrivent mieux à bouger, ils sont transformés quoi. Hein.

- D'accord. (blanc). Donc ça c'est pour certains. Et puis pour les autres ? Vous pensez que c'est pas forcément…

- Ben c'est ce que j'ai dit tout à l'heure, c'est qu'il y en a qui sont opérés, qui reviennent pas. Donc ceux-là on ne sait pas ce qu'ils deviennent. Donc euh y a quand même beaucoup de perdus de vue même si moi je donne systématiquement des rendez-vous réguliers pendant tout leur parcours, et je m'arrange pour prévoir un rendez-vous post-op pas trop loin pour les revoir rapidement aussi pour le côté nutritionnel, remettre en place les vitamines, les bilans. Mais y en a certains qui même après le premier rendez-vous post-op, ils viennent pas !

- D'accord. Ils sont déjà…

- Ils sont déjà dans la nature, alors que on leur a bien expliqué… Je pense que le gros souci c'est souvent les perdus de vue quand même dans la chirurgie bariatrique hein.

- Et quand vous perdez de vue un patient, si par hasard il revient, du coup vous êtes dans quel état d'esprit à ce moment-là ?

- Après moi je dirais, je ne suis pas pour les culpabiliser de toute façon hein. Donc déjà s'ils reviennent c'est bien, je trouve que c'est bien quoi. Mais après je vais, je lui ferai peut-être une petite remarque par contre s'il avait rendez-vous et puis qu'il est pas venu et puis qu'il a pas prévenu quoi… Voilà. Je vais lui dire que…

- Dans le sens qu'il a pris la place de quelqu'un ?

- Voilà aussi… Mais oui je ne vais pas les culpabiliser, parce que déjà que s'il a fait la démarche quand même de reprendre rendez-vous et puis qu'il vient, si je lui dis que ça va pas du tout après de toute façon je vais plus le revoir du tout donc euh…

- Et puis quels avantages et inconvénients vous voyez à la chirurgie bariatrique ?

- Ben les avantages, c'est quand même l'amélioration de toutes les comorbidités. Quelqu'un qui est déjà limite un peu en diabète, qui a un syndrome d'apnée du sommeil, qui a une hypertension, qui euh… tout s'améliore avec la perte de poids, ben là on a un bénéfice quand même évident sur la qualité de vie de la personne quoi. Après on va dire que les inconvénients ben c'est par rapport au côté carentiel en fonction de la chirurgie qui a été faite.

- D'accord. Votre proportion de patients obèses qui vont avoir recours à une chirurgie bariatrique c'est combien vous pensez, dans votre patientèle ?

- Oh c'est difficile, je peux pas vous dire. J'ai peut-être pas, moi ça fait X [années] que je suis installée en ville donc euh… euh, j'ai peut-être pas suffisamment de recul. Parce que les chirurgiens m'en envoient de plus en plus donc euh. C'est vrai qu'avant j'avais un ou deux chirurgiens, et puis là petit à petit y en a de plus en plus qui m'en envoient. Donc ça augmente. Mais je n'ai pas de chiffres. La proportion augmente fortement quoi.

- Après y a peut-être aussi plus de patients qui se font opérer

- Ben oui, pis y a peut-être aussi le bouche à oreille qui fait aussi que les gens euh se disent « et pourquoi pas moi ? » quoi.

- Vous avez l'impression qu'il y a ce phénomène là aussi ?

- Ouais. Ah ben y en a beaucoup, y en a qui viennent, « y a la maman qui a été opérée, j'ai la petite sœur qui a été opérée, alors ben moi je viens aussi pour moi quoi ».

- D'accord. Et du coup ils ont quelle motivation quand ils viennent comme ça ?

- Bien souvent c'est quand même l'amélioration de l'état de santé parce qu'ils ont des douleurs articulaires, c'est souvent quand même le motif. Et puis euh aussi je pense que c'est le regard, le

regard extérieur hein… Je pense que bon, y a des fois des enfants qui sont pas très tendres hein quand ils voient quelqu'un d'obèse. Donc je pense que c'est un peu le regard ... Y a leur sentiment à eux, déjà eux je pense qu'ils sont pas bien dans leur peau, mais en plus si le regard extérieur leur fait sentir qu'ils sont aussi euh…, comme ça, je pense que c'est difficile à vivre quoi.

- D'accord. Et ça ils vous en parlent… ? Vous m'avez dit le « regard des autres » pour qualifier une personne obèse. Ça c'est vraiment des choses qui sortent en consultation ou c'est vous qui percevez ça?

- Oh ben y en a… quand on demande la question sur l'activité physique, on demande, ben par exemple sur la piscine, ils me disent « non je ne mets pas les pieds à la piscine, quoi, hors de question que je me mette en maillot de bain », quoi, c'est…

- A cause du regard des autres, justement?

- Ouais.

-Et qu'est-ce que vous leur conseillez dans ce cas ?

- Ben moi après s'ils ne veulent pas, je ne veux pas les forcer non plus. Donc après bon ben c'est vrai que c'est une activité, par rapport au poids, je leur explique quand même que les mouvements sont quand même plus faciles dans l'eau, donc après… on ne peut que conseiller. Y en a qui y vont quand même… mais bien souvent le fait de se mettre en maillot c'est…

- Ça leur pose un gros problème

- Ouais.

- J'aurai voulu savoir quel était votre regard sur un patient qui perd du poids sans se faire opérer et par rapport à celui qui va perdre du poids en se faisant opérer ?

- (blanc). Ben après je vais les féliciter tous les deux. (rires). Y a pas de… Après bon est-ce que vous pensez qu'on va dire à celui qui... qu'il est plus courageux parce que il a perdu du poids tout seul par rapport à celui qui…

- C'est une question...Est-ce que votre perception est différente en fait ? Entre la personne qui perd du poids grâce à la chirurgie ou grâce aux efforts alimentaires, physiques etc.

- Question difficile… (blanc). Est-ce qu'on… on se regarde pas mais...est-ce qu'on n'a pas encore un peu plus d'empathie pour celui qui en perd par ses efforts propres ? (pensive)

- Peut-être… Vous avez l'impression que c'est ça pour vous ?

- Ben je pense que... même sans le faire exprès, je pense qu'on va être, un peu plus euh, on va peut-être un peu plus l'encourager par rapport à celui qui a perdu du poids grâce à la chirurgie, oui.

- D'accord. Et est-ce que vous pensez que ça change quelque chose dans votre pratique d'avoir cette…

- Oh non je pense pas. Je pense pas forcément. Je pense que surtout celui qui a perdu du poids tout seul, je pense qu'il faut surtout pas le laisser tomber celui-là. Parce que si il replonge par contre ça va faire mal…

- Psychologiquement vous voulez dire ?

- Ouais. Ouais je pense qu'il faut pas qu'il reparte dans la nature sans être suivi de temps en temps, parce qu'il risque peut-être de se démotiver

- Par rapport aux efforts qu'il a fait…

- Ouais ouais.

- Je sais pas si vous avez des personnes obèses dans votre entourage…

- Oh j'ai mon frère qui est obèse.

- Et du coup j'avais envie de savoir comment vous percevez les personnes obèses de votre entourage. Est-ce que vous avez le même regard que sur les patients ?

- (blanc). Je le vois pas très très souvent. (rires).

-Y a peut-être d'autres personnes dans votre entourage, amis ou connaissance…

- Ben après je lui ai… de toute façon il le sait hein qu'il est trop fort hein, donc ça… après est-ce que j'ai un autre… après je suis peut-être un peu plus inquiète sur son avenir…

- Plus sur le plan de la santé ?

- Ouais.

- D'accord

- (blanc). Après je ne sais jamais trop, c'est jamais facile quand c'est sa famille, de s'immiscer dans le… dans le domaine médical. Et puis euh voilà, donner des conseils éventuellement.

- Finalement c'est un sujet que vous évitez avec lui le poids ?

- Oh, de temps en temps. Peut-être un peu des pics de temps en temps quoi. Mais bon, c'est vrai que … on n'en parle pas plus que ça.

- Hum. Et si vous voyez quelqu'un dans la rue qui est vraiment très très costaud, est-ce que vous vous faites une réflexion ? Dans la vie de tous les jours…

- Ben des fois je me demande s'ils sont suivis, s'ils ont osé en parler quoi… si… parce que c'est vrai qu'on en voit de plus en plus. Ça mériterait sûrement que cette personne-là consulte.

- Vous vous inquiétez plus sur le plan de la santé en fait, c'est ça ?

- Oui

- Savoir s'ils sont pris en charge sur le plan médical etc. avec les comorbidités

- Voilà

- D'accord. <u>Et si vous ou l'un de vos proches aviez une obésité qui relèverait de la chirurgie bariatrique, qu'est-ce que vous décideriez ?</u>

- (blanc) Après ce n'est pas notre cas pour l'instant (rires). Ben je pense que, c'est déjà si j'ai vraiment, si y a aucune autre alternative et si en ayant changé de comportement on voit qu'il n'y a pas d'évolution, peut-être… Mais ça sera pas ma première idée quand même.

- Ce serait plus en dernier recours

- Ouais.

- Et pour quelles raisons en dernier recours ?

- Ben parce que c'est quand même une chirurgie. Y a quand même des conséquences, euh, voilà, au point de vue carentiel, des choses comme ça… Si on pouvait éviter, ce serait mieux quoi.

- Ce n'est pas toujours évident de se projeter avec beaucoup de kilos en plus…

- Non.

- Est-ce que je pourrais vous demander votre poids et votre taille s'il vous plaît ?

- Alors, 1mXX et puis XX kilos. Y a quelques kilos en trop (rires)

- Et puis votre âge ?

- XX

- D'accord. Et puis est-ce que vous avez déjà eu des problèmes avec votre poids ?

- Hof, ... non. Y a quelques kilos résiduels des grossesses successives mais voilà sans plus. (rires). J'ai jamais fait de régimes, euh voilà. Je fais attention à ce que je mange mais sans me limiter quoi. Je suis pas…

- Votre thèse vous l'avez passée en quelle année ?

- Alors euh..., X [année]

- Et installée en X. [année]

- Oui. J'ai un peu traîné pour passer ma thèse, c'est pas très bien… (rires)

- Ah ben on fait comme on peut… (rires). Quand vous m'avez dit « honte d'eux même », c'est pareil, c'est aussi quelque chose qui ressort en consultation aussi ?

- Euh oui, pis après ça dépend s'ils sont accompagnés ou pas. Mais des fois ils ont, surtout les femmes hein, qui ont honte devant leur conjoint quoi, surtout si il a un poids normal. Ouais elles ont vraiment honte hein.

- Comment ça se passe ? Comment vous voyez qu'elles ont honte parce qu'elles le disent pas forcément…? Elles viennent avec leur conjoint parfois ?

- Ça arrive. Mais bien souvent elles sont quand même seules. Mais j'ai une dame qui a été opérée. Son conjoint il vient il est aidant hein, il est pas… donc euh… bon elle c'était pas trop le souci avec son conjoint, mais c'était plutôt le souci avec ses enfants. Son fils en particulier voulait pas qu'elle l'accompagne à l'école.

- Ah oui. Ah oui donc ça c'est une source de souffrance…

- Ah oui oui.

- D'accord. Donc vous faites partie du réseau de chirurgie bariatrique ?

- Oui, on a des patients du réseau. Après on a aussi les deux chirurgiens avec qui je travaille aussi beaucoup qui me… on se fait une réunion ensemble…

- Une sorte de RCP ?

- Oui, on discute des dossiers de chaque patient qui va être opéré.

- Vous faites ça tous les combien ?

- Tous les mois, mois et demi.

- Et donc il y a un généraliste avec vous aussi ?

- Non. Y a les chirurgiens, psy, diététicien qui voit souvent les patients avant chirurgie aussi, euh, on n'a pas de généraliste non.

- Et puis quand vous me disiez que vous parliez pas mal de repères alimentaires dans la consultation, vous vous avez été formée par quel biais ?

- Ben après moi c'est plutôt les habitudes de service. J'ai pas fait de formation, de DU, de…

- C'est venu petit à petit en fait

- Voilà.

- Et puis en plus de votre consultation ils voient aussi la diététicienne ou diététicien ?

- Ça dépend… pas forcément systématiquement. Y en a qui ont des problèmes de sous et puis qui ne peuvent pas se permettre de débourser pour le diététicien. Donc bon ben on fait un peu le diététicien pendant la consultation aussi…

-Est-ce que vous vous souvenez avoir eu des cours sur l'obésité dans votre cursus ?

- Je me souviens pas alors… non honnêtement je me souviens pas.

- Y en avait peut-être pas…

- C'est possible. Mais euh je me souviens pas. Mais alors là ça remonte un peu trop… mais euh, peut-être pas.

- Est-ce qu'il y a eu des expériences particulières que vous avez vécues en rapport avec des sujets atteints d'obésité quand vous étiez externe ? Vous m'avez dit que c'était le stage d'externat qui vous avait…

- … mais plus pour le côté diabétologique en fait ! (rires)

- D'accord.

- Parce que je me souviens pas si y a avait beaucoup de… oh, il devait y en avoir des obèses hein, très probablement, mais c'était plutôt orienté diabéto donc euh… c'était plus le côté diabéto…

- C'était plus le côté diabéto qui vous a intéressée au départ… Et puis là dans votre activité je pense que c'est plutôt varié…

- Oui

- Du coup les consultations pour l'obésité et la chirurgie bariatrique ça a quelle place ?

- Ben, euh… quelle place, ben généralement, je n'ai pas de créneau en particulier en disant « tiens ça c'est une place pour une obésité ou une chirurgie », après c'est vrai que je les mets à la suite. C'est tout mélangé, je les mets pas plus tôt parce qu'il a rendez-vous vers le chirurgien, voilà, parce que je ne peux pas me le permettre.

- En fait vous avez des journées qui sont vraiment très variées … Bon hé bien merci beaucoup !

Médecin 7 (durée: 36'25)

- Pour commencer, je voulais vous demander de me raconter un petit peu votre parcours professionnel ?

- Mon parcours professionnel… Ben j'ai fait mes études à X [ville], qui étaient en ce temps-là, avec une seule année d'internat, pas du tout de stage chez le prat obligatoire, mais j'en ai fait quand même un parce que j'ai été enceinte de mon premier fils pendant mon internat, et donc j'ai pas validé totalement mon année d'internat dans l'hôpital périphérique où j'étais partie à l'époque. Et donc, euh, on avait droit, à titre expérimental, de faire des stages chez le praticien dans un cabinet à X [ville]. Et j'ai fait ça, et j'ai adoré ça !

Et ensuite euh, j'ai un petit peu élevé mes enfants, donc j'ai fait des remplacements pendant quatre-cinq ans. Et puis je me suis installée ici en XX [année], directement en association avec deux de mes associés qui sont maintenant en retraite, et puis après on a pris une associée de plus, on est maintenant X [chiffre]. Depuis le début on est en pluridisciplinaire, ça n'avait pas encore cette étiquette-là, ça s'appelait « maison médicale ». Mais on était déjà avec dentiste et kiné à ce moment-là. Et puis, voilà.

Après j'ai suivi des DIU de pédiatrie et un DIU en rapport avec mon activité de médecin pompier. Et puis après j'ai fait quand même pas mal de formations très intéressantes avec un endocrinologue qui était quand même pas mal précurseur, des gens qui ont fait de l'éducation thérapeutique. Et donc on a commencé un petit peu un réseau G [réseau] qui a existé pour prendre en charge les diabétiques, et c'est là qu'on a eu nos premières notions d'éducation thérapeutique, qui ont été reprises après ailleurs.

- Mais du coup ça c'était à peu près en quelle année ?

- Pff… je sais plus...

- Au tout début de votre carrière ?

- Peut-être pas, non, non. Mais je dirais il y a vingt ans, il y a vingt ans.

- D'accord. Et pourquoi vous avez choisi la spécialité de médecine générale ?

- Pour euh… Parce que je détestais l'hôpital…. (rires), donc j'étais pressée d'en sortir ! Dans ce temps-là de toute façon il n'y avait pas toutes ces années, euh, d'internat que vous avez maintenant. Et puis j'avais pas envie de couper les gens en rondelles, j'avais envie de ma liberté. Donc il fallait être libre, en libéral en tout cas, en ambulatoire on va dire, pas dans un hôpital. Et puis après voilà, j'ai fait aussi une formation d'acupuncture. J'ai fait ça pendant mes études, j'ai commencé en quatrième année de médecine et je l'ai validé pendant que j'étais à l'hôpital, parce que j'en avais marre de saucissonner les gens. Parce que, quand on a fait nos études, c'était complètement morcelé. Et l'acupuncture permettait aussi de voir la globalité des gens, d'avoir un autre langage etc. Mais j'ai pas continué l'acupuncture après, c'était compliqué sur le terrain de tout faire mais voilà, c'était une approche intéressante, et j'ai toujours aimé la relation avec les gens, etc.

- La prise en charge globale…

- A un moment donné, s'est posé la question « est-ce que je continue que l'acupuncture ? » ou « est-ce que je continue la médecine générale? ». Et puis j'ai dit « non, j'aime bien faire de la pédiatrie, j'aime bien la gynéco, et j'aime bien faire mes urgences un peu aussi... ». Donc c'est le fait de faire un petit peu de tout…

- Donc c'est plutôt varié comme euh…

- Ouais

- C'est ça qui vous plaît aussi ?

- Ouais

- D'accord. Donc ma thèse concerne l'obésité… <u>Pour vous, qu'est-ce qui conduit une personne à devenir obèse ?</u>

- Je sais pas (éclats de rire).

- (rires)

- Mes hypothèses : c'est des fois une mauvaise éducation alimentaire, premièrement. Et puis deuxièmement, euh, les accidents de la vie... où les gens se réfugient dans l'alimentation, et c'est vrai que pour certaines obésités, je me dis, voilà, « qu'est-ce qui leur est arrivé ? ». J'ai des patientes pour qui j'ai posé la question d'un abus sexuel et ça s'est retrouvé comme ça. Voilà, c'est pas systématique mais…

Du coup comment on mange quand on est enfant, devant la télé, avec euh de … voilà. Un peu n'importe quoi, n'importe quand. Des paquets de petits bonbons qui sont sur la table…. J'ai toujours l'œil à ça. L'autre jour, j'étais avec l'interne, on était allées voir une dame qui avait une lombalgie, et je lui dis « y a rien qui t'a choqué ? » et elle m'a dit « ben non... ». Elle a pas trouvé ce qui m'avait surprise. Et dans tous les endroits, y avait des morceaux de tablette de chocolat, y avait des petits bonbons, y avait…

- Des choses sucrées un peu partout?

- Voilà, pis c'est une dame qui est en surpoids et quand elle a ses lombalgies, je me dis que… Elle est à mon avis obèse, elle est pas qu'en surpoids. Souvent on dit, on n'ose pas dire obèse, parce que c'est comme une insulte pour les gens l'obésité, donc on dit surpoids (rires). J'ai du mal à employer le mot « obèse », c'est un petit peu comme « démence ». Je trouve que ça agresse un petit peu les gens, alors des fois j'y vais sur la pointe des pieds… Je dis « voyez là, quand on est dans cette tranche-là, ça s'appelle obésité quand même. Vous êtes en surpoids, mais on pourrait même dire obésité ».

- Et qu'est-ce qu'ils disent les gens quand vous leur dites ça ? Comment ils réagissent ?

- Ben voilà, quand on y va doucement, enfin… Je crois que si on y va un peu fort, ils ne disent rien mais ils sont blessés, et ça n'aide pas forcément à la suite. Et puis, quand on parle d'obésité, parfois ça les fait quand même réagir les gens, ça permet de poser les choses. C'est pas toujours la solution pour autant. Ça les motive pas forcément plus. Moi je prends mon petit disque, je dis « là, on arrive à trente ». Donc là…

- Vous utilisez parfois un support ?

- Parfois un support, oui oui.

- D'accord. Et si vous quittiez votre casquette de médecin, qu'est-ce que vous diriez ? Qu'est-ce qui conduit une personne à devenir obèse ?

- (blanc)

- En s'éloignant un petit peu du regard médical…

- Mal manger, ou trop manger. Et manquer d'activité physique.

- D'accord

- Ou avoir un problème… voilà, endocrinien, mais voilà c'est bien plus rare.

- Est-ce que vous pouvez me donner trois mots pour qualifier une personne obèse ?

- (blanc). Trois mots…

- Pas facile comme question…

- (rires). Trop grosse. Euh… (blanc). Je vais dire « en danger », enfin c'est pas un mot, c'est une périphrase. Et puis je sais pas, j'en ai que deux. (rires) (blanc)

- Si vous voyez une personne dans la rue par exemple, qu'est-ce que vous pouvez vous dire ? Une personne obèse…

- (blanc). Et ça fait pitié souvent. Parce que souvent c'est des gens qui ont du mal à marcher, qui ont du mal à se mouvoir... J'aurais tendance à me dire « la pauvre ».

- D'accord

- « la pauvre, elle a du mal avec son poids... » ou « comment est-ce qu'elle en est arrivée là ? ». Plutôt tendance à m'apitoyer.

- D'accord. Du coup vous avez envie de l'aider ?

- Euh pas forcément. (blanc). Parce que si elle me le demande pas, ça sert à rien.

- D'accord.

- (rires)

- Est-ce que vous pourriez me décrire comment se passe une consultation avec une personne obèse, entre le moment où vous allez la chercher en salle d'attente et le moment où vous la raccompagnez ?

- Si elle vient pour ce problème-là ou si elle vient pour autre chose ?

- Les deux. (rires)

- Les deux mon capitaine. (rires). Euh… ben voilà. Ce qu'on voit, c'est comment ils sont installés en salle d'attente, comment ils repartent de leur chaise. On peut dire qu'on a adapté notre mobilier, parce qu'au début on avait, enfin moi j'avais des petits fauteuils que j'avais bien aimé, que j'avais mis ici, et j'ai des personnes obèses qui m'ont dit : « ah non non... », les accoudoirs étaient un petit peu serrés, ils m'ont dit « ah non non, moi je m'assois pas là, je pourrai pas me relever ». Donc après j'ai acheté des belles chauffeuses bien larges où les enfants pouvaient même se mettre deux par deux, sans accoudoirs du tout, et là ils me disaient « ah on est bien chez vous ! ». (rires). Je disais « c'est bon, l'accueil ça va aller ».

- D'accord.

- Je me disais «c'est déjà important de penser à eux, et puis de faire attention ». Après euh… Alors j'essaie de faire attention, parce que il y a des gens obèses à qui on ne parle que de leur obésité. Et c'est dommage de ne les aborder que par ce côté-là. Parce que pour finir ils en ont ras-le-bol, et puis ils pensent qu'on, voilà, qu'on oublie tout le reste. Mais comme c'est ce qu'on voit, souvent c'est ce qui nous accroche le plus. J'ai un souvenir d'un enfant d'amis qui était en surpoids important, je suis pas sûre qu'il était en obésité, il était pris en charge par son médecin traitant, et à un moment donné la maman m'a dit « il ne veut plus aller la voir, parce que chaque fois qu'il va la voir pour une rhinopharyngite ou autre, elle lui parle toujours de son poids ». Donc avec cette médecin-là, ils se sont mis d'accord pour qu'il aille voir, il aille au R [réseau], et puis qu'elle, elle ne s'occupe plus du

poids. Donc il a pris en charge son poids au R [réseau], et elle, elle lui a plus parlé de son poids. Et ça, ça m'est resté en tête aussi. De me dire euh… Donc quand les gens viennent, voilà. Quand ils arrivent, je leur demande pourquoi ils viennent, et on traite le problème. Et puis bon ben, si je les connais bien, je leur dis « où en êtes-vous avec le poids ? », mais je crois que je fais toujours comme ça, avec le tabac aussi. J'essaie d'aborder la même question « vous en êtes où avec le poids ? ». Est-ce que ça baisse, est-ce que ça baisse pas ? Qu'est-ce que vous avez fait récemment ? Est-ce que ça vous ennuie ? Est-ce que vous avez envie qu'on en parle ? Voilà. Sur l'histoire de la balance, c'est « est-ce que vous êtes d'accord pour vous peser ? »

- Vous proposez en fait ?

- Je propose. Si ils disent non, je leur dis « c'est pas grave ».

- Vous n'insistez pas forcément ?

- Non. Non. Après y a des personnes pour qui ça fait des mois et des mois que j'ai pas pu les peser. Et j'ai une dame diabétique, et qui fait pas d'hémoglobine glyquée, de prise de sang, tout ça -c'est un phénomène cette dame-, et je lui dis « vous êtes sûre, euh, ce serait bien... ». « non non non non non ». Bon. Tant pis, ils choisissent.

- Hum. Et donc du coup, au niveau de l'examen clinique, est-ce qu'il y a des choses un peu particulières ? Des ressentis particuliers de votre côté, ou du côté du patient ? Des choses qui ressortent ?

- Au moment de l'examen, peut-être une gêne, des fois eux, de se déshabiller… mais pas tant que ça. Moi, je suis gênée au niveau abdominal, enfin je trouve que l'examen abdominal est moins facile chez une personne obèse que non obèse…

- C'est plus la difficulté technique ?

- Ouais, technique, et puis après psychologiquement, pas spécialement. Et puis quand je fais l'examen clinique, je vais pas rechercher de problème particulier, ou enfin voilà, si je suis pas alertée par la clinique. C'est plus au niveau biologie où je fais toujours bien attention à mes facteurs de risque. Après dans l'interrogatoire c'est vrai que je vais encore vérifier si en plus ils fument ou si y a encore d'autres choses qui vont s'additionner. Toujours faire un examen cardio assez, quand même détaillé… la tension, de façon détaillée… Je recherche une hépatomégalie, un problème de stéatose, des choses comme ça, si on a besoin. Voir au niveau insuffisance veineuse, un petit peu au niveau articulations ce que ça donne au niveau des membres inférieurs. Voilà.

- Et puis donc quand ils viennent pour leur problème d'obésité, qu'est-ce que vous pouvez leur proposer au cours de la consultation ? On a déjà un petit peu abordé en off tout à l'heure [le coté diététique].

- En général, je leur demande où ils en sont, et ce qu'ils ont déjà fait, si ils ont fait des régimes, quel type de régime ils ont déjà fait -parce que parfois les gens sont passés par des régimes magiques où on perd 20 kg et où on reprend tout de plus-, voilà. Donc ça c'est déjà de faire le point, j'essaie de les laisser dire ce qu'ils en pensent, y compris le bilan négatif de ces genres de régimes aberrants. Et puis euh, voilà. Après j'essaie de voir avec eux ce qu'ils ont, s'ils ont envie d'un accompagnement etc. Donc si ils viennent pour ça et que ils sont prêts, je propose de faire un journal alimentaire sur à peu près une semaine, en disant « mangez comme vous avez l'habitude de manger, vous revenez et puis on en discute et vous poserez vos questions ». Et puis, euh, après je revois, je reprends avec eux le journal alimentaire, j'essaie de voir ce qui semble poser problème on va dire, j'essaie de faire un petit peu d'éducation entre guillemets, parce qu'il y a parfois des personnes qui pensent que de manger ci ou de manger ça c'est bien, donc euh… Alors qu'en fait ils se trompent.

- Y a des erreurs diététiques…

- Y a des erreurs, donc savoir si c'est plutôt qu'ils avaient envie de manger ça et ils ont craqué en avalant une tablette de chocolat ou ils pensent que si on mange le chocolat à tel moment ou à tel moment ça va pas poser de problème, ou, voilà. Donc j'essaie de ne rien interdire, en tout cas, ça c'est une règle. Et puis je leur demande, ce que j'ai appris un petit peu en éducation thérapeutique, qu'est-ce qu'ils sont prêts à changer, en leur disant « y a ça, ça, ça qui pose un peu problème, de toute façon on ne va pas pouvoir tout faire d'un coup, qu'est-ce que vous pensez pouvoir faire, qu'est-ce que vous proposez de faire ? ». Et puis voilà. Je pense à une dame ce matin, mais cette dame je la connais depuis trente ans, mais qui est vraiment en surpoids là depuis deux ans, où elle est passée à 100 kg pour peut-être 1m55. Et elle me dit qu'elle a commencé à diminuer les sucreries mais elle a aussi un peu des soucis avec un mari qui est limite violent et autre, d'autres soucis à côté, et puis il était là alors c'était compliqué … Donc là on a essayé de parler un peu d'activité physique, elle habite dans un petit village loin de tout, perché, donc je sais qu'elle va pas marcher beaucoup, qu'il y a une grosse pente. Donc je lui dis « y a une jolie balade si vous descendez jusqu'à tel village... », mais elle a fini la phrase toute seule, elle a dit « je peux descendre mais je peux pas remonter... » (rires). Donc on a dit, « si dans le village vous arrivez jusqu'au château d'eau et puis qu'après vous repartez sur tel endroit, limite du dessus de la colline, et puis que vous retournez chez vous, est-ce que ça ça pourrait aller ? » Elle m'a dit « oui », donc elle va essayer tous les après-midi après manger d'aller faire ce petit tour là. Et puis « vous me redirez si ça va », et puis on verra si ça marche tout en continuant l'effort. Elle avait perdu 1 kg, elle était à 101, elle est passée à 100, donc effectivement « on essaie de se mettre comme objectif de rester entre 90 et 100 et puis vous allez essayer de faire attention à tout ce qui est sucreries et puis, euh, d'ajouter un petit peu d'activité pendant qu'il fait pas trop mauvais ».

- Et puis après, à quel moment est-ce que vous allez faire appel à la diététicienne de l'équipe ? Quand est-ce que vous passez la main ?

- Ben des fois je propose. Je dis « voilà, on est une équipe d'éducation thérapeutique, on travaille avec une infirmière coordinatrice et une diététicienne, est-ce que ça vous dit d'aller les voir, parce que ça a des fois une autre approche, un autre dialogue… la diététicienne connaît beaucoup plus de choses que moi, elle saura mieux rentrer dans les plaisirs et proposer des échanges ou des choses plus techniques ». Et c'est les gens qui décident. Y en a qui sont… Donc je leur dis que ça c'est gratuit -parce que ça, si c'est pas gratuit, on a déjà pas mal de gens qui bloquent- et puis si c'est possible ils choisissent. Et puis, s'ils sont d'accord, je les accroche entre guillemets, c'est-à-dire qu'on a, la diététicienne nous a donné la liste de toutes ses consultations ici au secrétariat, et donc en partant je leur dis « si vous voulez, puisque vous êtes intéressé, je vous donne un rendez-vous en partant ». Après sinon ils me disent qu'ils sont intéressés mais qu'ils vont rappeler, c'est parce qu'ils osent pas trop me dire non et qu'ils ont pas très envie. Mais j'essaie, s'ils ont dit oui, de donner le rendez-vous, en disant bien aussi qu'ils peuvent l'annuler. Voilà. Euh. Quand est-ce que j'enverrais au nutritionniste ou autre, c'est plus à la demande des gens. Ou alors si on a un diabète associé, quand j'ai des diabètes et des diabétiques qui sont déséquilibrés, mais c'est pas souvent.

- Et quelle place a la chirurgie bariatrique dans votre prise en charge ?

- Elle a pas de place. Je la propose jamais. Enfin, je l'ai jamais proposée. Par contre, je réponds à la demande des patients, si ils sont demandeurs. Donc j'ai eu plusieurs fois des demandes, j'ai proposé de toute façon, donc j'explique toujours que c'est un chemin… un parcours quand même un petit peu long, qui peut prendre un an, que ça demande une prise en charge multidisciplinaire, avec le chirurgien, l'endocrino et le psychiatre. Et donc du coup je… y a un réseau -pas très loin- qui va à toute vitesse, et qui nous plaît pas trop parce que on a l'impression qu'ils ne respectent pas trop

cette prise en charge là, donc on a une prise en charge sur X. [ville] qui va bien, donc ici on a tendance à plutôt envoyer sur X.[ville]. Quand les gens nous disent qu'il veulent aller ailleurs, moi je leur dis « je connais pas trop, même si vous avez des rendez-vous rapides, je suis pas sûre que ce soit une bonne chose ». Parce que voilà, parmi les personnes qui y sont passées, j'ai une patiente qui a été abusée, qui a des troubles psychiatriques depuis des années, qui a des enfants placés et voilà, qui va pas bien qui en a bénéficié… au départ on est reparti, elle était quasiment en anorexie, elle m'a fait peur, je me suis dit, elle était passée de 120 à, je sais pas, 45 kg. Après elle a repris du poids, alors après elle s'est refait une chir esthétique de tout ce qui pendouillait (rires), elle avait des coutures partout quand je la voyais. Et puis elle s'est mise à s'habiller, alors avant elle était habillée un peu mémère, alors après elle était hauts talons et un peu aguicheuse… elle venait avec des lombalgies avec des talons de 12 cm ou je sais pas combien. Elle disait « ah je suis bien que là-dessus ». Des coutures partout, ça faisait penser à une poupée gonflable quoi, je me suis dit mais « on va où, qu'est-ce qu'il se passe là ? ». Après elle a eu une période où elle a repris du poids, on avait l'impression qu'elle avait retrouvé à peu près l'équilibre, sauf qu'elle est retombée dans des symptômes plutôt psy, dépression, problèmes de travail, invalidité. Et puis là elle a repris du poids et elle est en train de réclamer une nouvelle chir bariatrique. Et c'est reparti dans le réseau, celui de X.[ville] …

- Et qu'est-ce que vous en pensez ?

- Ben j'ai vu qu'ils allaient reprendre l'avis de la psychiatre. J'ai l'impression que l'avis de la psychiatre est un peu le même que le mien donc euh… on va voir. Mais euh je suis pas trop pour là, je trouve que c'est justement ces personnes-là… Après c'est difficile aussi, parce que après, c'est une femme qui avait été abusée. A partir de sa chirurgie, elle a pu avoir une vie sexuelle à mon avis, enfin elle a quitté son mari, son mari qui en avait bavé avec elle et qui devait être content, et elle a fait une expérience de vie qu'elle avait pas pu avoir avant parce qu'elle bloquait, parce qu'elle avait une vilaine image d'elle-même. Elle avait une meilleure image d'elle-même et je pense qu'elle a pu vivre quand même des choses qu'elle n'avait pas vécues avant. Donc ça lui a apporté du positif. Après au long cours, peut-être que c'est là qu'il faut retravailler, est-ce qu'il faut reprendre ou pas ? Je sais pas. Ça reste une personne fragile et c'est… Après je suis pas sûre que ce soit mauvais de l'avoir fait, mais je me dis « faut qu'on... ». En soi, ça ne suffit pas quoi, c'est sûr. Après on a beaucoup d'autres personnes qui vont très bien, qui se sont fait opérer il y a des années, et pour qui c'était la solution parce qu'ils étaient trop gênés dans leur vie, leur image qu'ils avaient autour d'eux. Ils arrivaient pas à baisser leur poids.

- Vous en avez beaucoup des patients qui ont été opérés ou qui vont se faire opérer sur la patientèle ?

- C'est difficile à dire, je pourrais pas donner de pourcentage. Je pense qu'il y en a de plus en plus parce que… En plus c'est bien codifié, et puis nous on sait à qui..., quand on a des gens sérieux qui les prennent en charge, on est moins inquiets. Avant, ça se faisait peut-être un peu dans notre dos entre guillemets, c'est-à-dire que les gens trouvaient des adresses et venaient nous dire « je me suis fait opérer » et on n'avait rien vu passer.

- Maintenant ils en parlent plus ?

- Maintenant, c'est moins honteux entre guillemets. C'est mieux pris en charge.

- Quel est votre regard sur un patient qui perd du poids sans opération et un autre qui perd du poids grâce à la chirurgie ?

- (blanc). Il ne fait pas de différence, pour moi. Parce que les gens qui perdent du poids grâce à la chirurgie, ils en ont bavé et puis, derrière la chirurgie, ils en bavent encore un peu donc euh … Le

mérite n'est pas plus important pour celui qui est pas opéré. Après j'aime autant qu'ils y arrivent sans se faire opérer, c'est sur hein (rires). Mais euh, bon.

- Finalement pour vous c'est à peu près la même chose qu'il se fasse opérer ou non dans sa motivation par exemple ?

- (blanc)

- Est-ce que vous voyez à peu près de la même façon celui qui va aller à la chirurgie ou celui qui n'y va pas ?

- Ben moi je ne vais pas dénigrer celui qui a été à la chirurgie en disant « ah ben ouais facile », parce que souvent, les efforts ils y étaient avant et puis il n'y arrivait pas, donc bon. Pour moi vraiment la chirurgie elle est réservée aux échecs des gens qui ont fait des efforts avant. Et donc c'est plus une histoire de, une sorte de filière, c'est-à-dire qu'il y a tous ceux qui viennent. Il y en a qui, avec des conseils, y arrivent, plus ou moins avec des échecs, des rechutes et qui reprennent etc. Et puis il y en a qui n'y arrivent jamais et sont malheureux de leur état et qui ont envie d'en finir avec cet état-là et qui ont envie qu'on arrête de les prendre pour des gens qui font pas d'efforts, qui mangent toujours trop et qui sont contents voilà, après la chirurgie, de passer peut-être avec une autre image pour leurs proches et pour les gens autour d'eux.

- Hum, d'accord.

- C'est comme si y avait un tri qui était fait déjà avant. Je peux pas comparer les non opérés avec les opérés parce qu'à mon avis les opérés sont à un stade d'après, ils répondent à une autre demande.

- D'accord. Est-ce que dans votre entourage vous avez des personnes obèses ?

- Oui

- Et comment est-ce que vous les voyez ?

- Hé ben je les vois pas toujours gros (rires).

- (rires)

- J'ai deux très bonnes amies qui sont obèses, dont une dont je suis médecin traitant et quand je la vois, je suis incapable de me dire si elle a beaucoup grossi ou pas. Et, à un moment donné, elle avait bien maigri et je n'avais pas vu qu'elle avait maigri tant que ça, parce que, quand je suis avec elle, je ne suis pas médecin quoi. Donc euh… voilà. Et puis une autre là, qui est en train de maigrir à toute vitesse, elle, elle me faisait souci, parce que là j'ai bien vu qu'elle maigrissait. Et je me suis dit « tiens, est-ce qu'elle est malade ? » et puis après je lui ai dit « ça va, tu as maigri, tu n'as pas de souci de santé ? » et elle m'a répondu « non non, je suis en retraite, et j'ai décidé qu'à ma retraite j'allais faire attention à mon poids donc c'est parti ». « Et tu t'es fait opérer ? », parce qu'à chaque fois qu'on la voyait… « et puis non non, je me suis pas fait opérer ! ». Mais par contre il y a trois ou quatre ans elle avait beaucoup maigri, et mes copines m'ont dit « tu as vu que X. [prénom] a beaucoup maigri ? » et j'ai dit « ah non, j'avais rien vu... ». (rires). C'est incroyable !

Et des fois par contre on a des soucis parce qu'on s'aperçoit que, il y a des façons de parler des personnes grosses qui sont un petit peu méprisantes et, euh, quand quelqu'un ne nous plaît pas et qu'il est gros, souvent on dit « ah cette grosse bonne femme » ou je sais pas quoi. Et je me dis « il faut qu'on fasse att... ». Et quand je suis à côté de ces amies qui sont grosses, je me dis « il faut qu'on fasse attention parce que cette femme elle est désagréable, mais c'est pas forcément parce qu'elle est grosse ». Et on s'aperçoit des fois que c'est pareil, le fait de prendre en charge, enfin de qualifier les personnes qu'on n'aime pas de « gros », ça peut être aussi méprisant et insultant pour d'autres personnes qui sont grosses et qui sont très sympas !

- C'est mettre tout le monde dans le même sac finalement ?

- Ouais. Et je pense qu'on est un petit peu, enfin, on doit avoir une tendance un peu raciste anti-gros… enfin j'ai l'impression d'être obligée de lutter un petit peu contre ça. De toujours euh… c'est-à-dire, comme quand on fait attention avec les gens de couleur de pas faire de gaffe, même si on n'est pas raciste, enfin surtout si on n'est pas raciste du tout mais, des fois y a des expressions, des choses, on dit « faut faire attention à ce qu'on dit », pour pas blesser les gens…

- Sans s'en rendre compte ?

- Ouais ouais, des choses un peu populaires, qu'on dit négligemment.

- Du coup je reviens aux trois mots que vous m'avez dit tout à l'heure, est-ce que c'était mal manger, trop manger, manque d'activité physique, c'est ça, euh non c'était trop grosse, mal manger, et pitié vous m'avez dit. Est-ce que ça s'applique aussi aux gens de votre entourage ou bien si vous avez vraiment une autre vision d'elles en fait ?

- Euh… trop grosse, en danger. Pas pitié. Oui, non, les gens autour de moi j'ai pas pitié, j'ai pas pitié de mes copines...

- Vous n'avez pas tout à fait le même regard que pour quelqu'un que vous allez soigner ?

- Ouais. Parce que je les connais, donc je sais que voilà, en tous cas pour celles que je connais, euh, elles ont pas de soucis. C'est des nanas qui ont la pêche donc euh… j'ai pas de pitié pour elles parce qu'elles n'ont pas besoin de ma pitié (rires). Parce que la pitié ça mène à nulle part en plus…

- Donc vous avez une vision un peu différente…

- Ouais, mais par contre, par rapport à mon amie dont je suis le médecin traitant, je me dis « ah comment je pourrais arriver à mieux... la motiver, euh… voilà. Et des fois dans ce qu'on dit, l'autre fois elle me parlait de sa petite-fille « quand on va au pain, on achète toujours deux petits bonbons aux bananes à la boulangerie en…, c'est notre rituel, on revient avec notre baguette de pain et puis nos petits bonbons aux bananes. Et puis dimanche il pleuvait, on n'a pas pu aller au pain, alors je lui ai dit « regarde, j'ai deux petits bonbons aux bananes... » (rires). Je me suis dit « ah… ben moi ça me viendrait pas à l'idée d'aller à la boulangerie et d'acheter des petits bonbons à mes petits... ». C'est surtout quelque chose que je ferai jamais. Mais après voilà, comment lui dire…

- C'est délicat

- Ouais. Donc là j'ai rien dit, on a écouté. Et puis je crois que même en consultation je pourrais pas lui dire, pas lui parler de ça. Parce qu'elle me l'a dit dans un autre cadre que celui de la consultation. C'est là que je dis, c'est aussi une histoire de culture quoi. Parce que chez moi on n'achetait jamais de bonbons quand on allait à la boulangerie, éventuellement on achetait un croissant si on avait.., mais toutes les sucreries… Mais dans mon idée d'éducation des enfants, acheter des sucreries systématiquement quand on va au pain, c'est déjà donner des mauvaises habitudes aux enfants quoi. Je me dis que cette petite fille qui est toute mignonne, qui est surtout pas en surpoids, et qui n'a pas de parents en surpoids pour le coup, j'espère qu'elle-même va, ne vas pas déjà commencer un petit peu à associer les sucreries à la boulangerie… (rires). Donc parfois la casquette de médecin parasite un peu les avis. Mais bon, je pense que même quand on n'est pas médecin des fois on peut juger aussi un peu ça comme ça.

- Hum. <u>Et si vous vous aviez une obésité avec les critères d'indications d'une chirurgie, est-ce que vous iriez vous faire opérer ?</u>

- Peut-être…

- Hum

- Peut-être… Oh, …, je suis assez de nature à faire confiance aux professionnels de santé, donc j'irais effectivement prendre avis du chirurgien, d'endocrino et psy pour pouvoir être mieux dans mon corps, dans ma peau, et… oui. Je me l'interdirais pas.

- Et avec l'équipe en qui vous avez confiance ?

- Voilà. Si elle me dit « non tu en as pas besoin », je le ferai pas non plus. Je ne déciderai pas envers et contre tous, mais … peut-être que pourquoi pas.

- Bon, on a vu pas mal de choses, je ne sais pas si vous avez encore du temps…

- Ben j'avais mis une heure donc euh… on a encore du temps…

- Euh, vous, est-ce que vous avez déjà eu des problèmes de poids ?

- Oui, j'en ai toujours. J'en ai, je suis en surpoids, c'est sûr (rires). Je suis obligée de surveiller mon poids, hum.

- Vous faites quand même attention ?

- Ah oui, oui.

- Et c'est sur l'alimentation du coup que vous allez plus contrôler ?

- Oui, surtout. Et j'essaie de faire sur l'activité physique aussi. Mais là des fois y a des journées où on rentre fatigué et c'est difficile de faire…

-D'accord.

- Oui, oui. Y a pas un jour où je regarde pas ce que je mange. Enfin, si, y a des jours où je mange comme j'ai envie, mais derrière je suis obligée de faire attention les jours suivants. Si y a des amis le week-end et autres, euh, et que j'ai mangé comme tout le monde et que je me suis resservie, les lundi, mardi, mercredi je fais un peu plus…

- C'est la diet en début de semaine ?

- Je fais un peu plus légumes, grillades, sans autre petit écart à côté.

- Et puis du coup est-ce que vous avez l'habitude de vous peser ou c'est plus la façon dont vous vous sentez?

- Oui.

- C'est chiffré ?

- Hum. Hum. C'est chiffré. Une ou plusieurs fois par semaine.

- Est-ce que je peux vous demander votre âge ?

- Oui, X [âge].

- Et puis votre poids et votre taille ?

- Ouais, 1m74, et 76 kilos.

- Et je me demandais, votre thèse vous l'avez passée en quelle année ?

- Euh, ma thèse… je… en X [année]. Et je me suis installée en X [année]. [partie personnelle]

- Donc globalement, la chirurgie bariatrique, vous en avez plutôt une perception positive ?

- Oui.

- C'est ce qui ressort globalement au cabinet ?

- Hum. Oui. (blanc). Oui oui, on a quelques personnes, je repense aussi à un jeune… il est en grosse obésité depuis l'enfance, son petit frère est sur le même chemin euh, les parents le sont un peu moins qu'eux, mais ils sont capables de manger, voilà, un paquet de yaourts par soir. Enfin c'est du grand n'importe quoi chez eux...

- Hum.

- Donc le grand qui doit avoir 25-30 ans a été opéré il y a deux ans et là il est pas loin d'avoir tout repris par rapport à avant l'intervention. Mais euh, voilà, avec des problèmes de couple avec la copine, des mauvaises habitudes alimentaires… je pense que vraiment le pire c'est ceux qui ont des mauvaises habitudes alimentaires depuis l'enfance, que les parents ont laissé manger n'importe quoi. Si les parents mettaient un peu des limites, y avait la tata qui était juste à côté, et la grand-mère qui leur donnait du sucré, du sucré, à volonté tout le temps. Je pense que quand il y a pas eu d'éducation sur euh, comment on organise ses repas, manger à table, pas manger n'importe quoi devant la télé, et n'importe où. Je sais pas comment ils font. Donc là, voilà, on a deux personnes, la première qui a été abusée et puis les autres parce qu'ils ont pas eu d'éducation alimentaire… qui sont… euh voilà. Le jeune là il est reparti dans le circuit, et puis… Il a aussi une hernie hiatale avec symptômes de reflux, donc le chirurgien a dit « oui on pourrait compléter ce qu'on a déjà commencé mais il faudra quand même revoir l'endocrino », et puis l'endocrino a dit « faut qu'on le remotive à reprendre en charge son alimentation », donc là, et puis peut-être qu'il a vu un psy mais j'ai pas de compte-rendu, donc là il a repris un petit peu son équilibre alimentaire et il progresse un peu déjà en diététique avant de repasser en chir. Et voilà. On sent qu'ils essaient de bien le remotiver, en disant que de toute façon il n'y aura pas quatre chirurgies l'une derrière l'autre donc euh… Il a encore pas trente ans, pour tout le reste de sa vie il faut qu'il s'organise pour changer certaines choses et manger moins sucré.

-Hum. Je me demandais si quand vous aviez fait vos études vous aviez eu des cours sur l'obésité ?

- Euff… des cours sur l'obésité, peut-être, mais c'était pas très conséquent. On a dû avoir ça un petit peu en endocrino par rapport à tout ce qui était diabète, surpoids… Si, j'ai fait un module diététique, je pense, à ce moment-là. (blanc). Un petit module complémentaire…

- Et est-ce que vous avez eu des expériences particulières pendant votre externat avec des patients obèses ou des choses qui vous ont marquées avec vos formateurs ?

- Non… non.

- D'accord, ben on en reste là. Merci beaucoup !

Médecin 9 : (durée environ 45')

- Je voulais commencer par vous demander de me raconter un peu votre parcours professionnel…

- Oh, mon Dieu !

- Succinctement…

[partie personnelle gênant l'anonymat]

- Pis je suis venu là, enfin j'ai failli changer de métier parce qu'en fin de compte c'était un peu du burn-out tout ça. Et puis tout le monde m'a dit « oh ben non, essaie de faire ce que tu sais faire déjà, avant de changer ! ». Bon ça me faisait cric de venir dans le libéral hein, euh, demander des sous aux gens pour travailler, payer des collègues pour qu'ils acceptent que vous veniez vous associer avec eux, franchement ça a jamais été ma tasse de thé quoi. Euh ceci dit, je suis arrivé et j'ai été surpris, j'ai trouvé des super conditions de travail. Des gens compétents au bloc, on demande un truc, c'est fait, c'est pas compliqué. Alors c'est sûr qu'il y a… Ben faut passer par le système libéral, mais moi le système libéral, j'ai pas le choix. Le public ça n'allait pas, y en a plus qu'un autre en France qui s'appelle le système libéral. Et pour que ça marche, ben faut demander des dépassements d'honoraires aux gens. Ben je demande des dépassements d'honoraires, qu'est-ce tu veux, j'y suis pour rien.

- Hum.

- Je subis le système. Mais je ne me battrai pas pour le défendre ! Si un jour on me propose un super système où j'ai les bonnes conditions que j'ai et sans faire payer les gens, pis sans... j'en parlais avec mon collègue tout à l'heure, on se dit tous les jours faut quand même que ton budget tienne, parce que faut payer ta secrétaire, ton bloc opératoire, ton lieu de travail, le machin, le truc… Ah ben c'est sûr c'est une cavalerie hein tout ça. Donc voilà, je suis en libéral, secteur 2, avec dépassements d'honoraires etc hein, donc je fais de la redistribution sociale, parce qu'il y a des gens que je fais payer, et puis d'autres que je fais pas payer parce qu'ils ont pas les moyens. C'est un moyen comme un autre de faire de la redistribution sociale, aussi bien que les impôts finalement. Ce qui est un peu désagréable, parce que le fric quand on est en médecine, on n'aime pas gérer ça ! Et on aimerait bien avoir la tête que occupée par son boulot. Mais pour autant voilà, je suis là-dedans et puis je pense que ça va encore continuer longtemps.

[partie personnelle gênant l'anonymat]

- Qu'est-ce qui vous a fait vous diriger vers cette spécialité ? Qu'est-ce que vous avez aimé dans ce métier ?

- Alors ben la chirurgie, euh… alors j'ai décidé en terminale de faire médecine, maintenant on demande aux gamins de seconde de décider ce qu'ils veulent faire… En terminale, mes parents avaient un ami chirurgien, professeur à l'hôpital. C'était à Noël je crois, donc on a mangé chez eux, et puis « qu'est-ce qui va faire le grand ? », ben pff, je savais pas trop... L'école d'ingénieur ça me disait pas trop, moi je suis curieux de nature. Du coup « pourquoi tu ferais pas médecine ? Écoute tu as qu'à venir voir, je t'emmène pendant les vacances ». Et deux jours dans la semaine, je suis descendu avec lui, voir des opérations à Saint-Jacques euh… C'était un chirurgien digestif. Donc euh… Je me suis dit « oui ça a l'air sympa ». Donc euh… Puisque je suis curieux, apprendre le corps humain, pourquoi pas. Je suis curieux, vraiment, vraiment. Donc je me suis inscrit en médecine, et puis ça s'est bien passé, première année du premier coup, et pof voilà, tagadac. Et puis là-dessus on me dit le concours de l'internat, à l'époque tout le monde le passait pas, y avait les généralistes et puis les spécialistes. Donc pendant six ans on me bassine que « tu auras jamais le concours de l'internat, c'est

trop compliqué, donc euh je me suis dit « tant pis, je serai généraliste, c'est pas désagréable ». Je, voilà, j'ai même commencé à faire un remplacement en médecine générale, j'ai remplacé trois semaines en médecine générale. Et puis là-dessus, pof, j'ai été reçu à l'internat. J'ai dit « bon ben alors qu'est-ce que je vais faire ? ». J'avais fait du SAMU, ça me plaisait bien aussi, l'anesthésie, oh c'était concret, on fait des trucs quoi, quand on est étudiant en médecine, c'est sûr euh… « rah pis je serai toujours à regarder ce que fait le chirurgien, si je suis anesthésiste. C'est bon, je veux faire chirurgien, c'est quand même au départ pour ça que j'ai fait médecine ». Donc voilà j'ai fait de la chir. La chir à X.[ville] c'était le digestif, la classe avec le Pr X [nom], avec les greffes etc. Et puis j'y suis passé en stage, affreux quoi. C'était la mine. Donc euh voilà, j'ai mal vécu ces six mois-là, j'avais vraiment l'impression de descendre à la mine tous les matins. Et du coup je suis reparti en traumato, ah le bonheur, le...je sais pas. J'ai fait de la traumato, même si le service était pas très réputé. Et je regrette pas. C'est une chirurgie simple, fonctionnelle. Alors c'est sûr qu'on sauve pas des vies. Mais enfin, on améliore la vie des gens, on peut discuter avec eux pour voir quelle est leur demande, hein, parce que j'ai l'impression que la digestive, c'est plus simple, la personne a un cancer, elle va mourir, alors moi je vais te sauver la vie, ou elle est bouchée et puis ça sort plus, faut déboucher le truc… c'est relativement simple les symptômes en digestif. En néphro, ou ailleurs, j'en sais rien, mais en digestif… En orthopédie il faut peser, est-ce que je l'opère, est-ce que je l'opère pas, est-ce qu'il est suffisamment gêné pour le justifier, quelle est sa demande, sa véritable demande, et je leur demande « est-ce que j'ai répondu à votre question ? » à la fin. Je demande aux gens « est-ce que par rapport à avant, c'est mieux, c'est pas mieux, c'est comment ? ». Donc, euh, voilà, c'est fonctionnel, donc il faut s'intéresser aux gens. Ça j'aime bien aussi.

- D'accord.

- N'empêche que le père X [nom], à ma thèse, avait dit « tu t'intéresses aux gens », ça c'était un de ses commentaires. Donc voilà. Après, comme je m'étais fait à l'idée de faire médecine générale, j'ai eu, je me suis plutôt formé à faire de la médecine générale, on voyait un peu de tout. Et pis tous mes collègues se sont toujours foutus de ma gu****, en disant « mais tu es le plus médical de tous les chirurgiens ! », parce que je m'intéresse aussi au traitement et au reste. Parce que j'essaie de les voir dans leur globalité, pas le pied gauche et puis euh, le reste on s'en fiche. Je pense que la bonne médecine, c'est de la vraie médecine. Voilà.

- D'accord. <u>Pour vous qu'est-ce qui conduit une personne à devenir obèse ?</u>

- Qu'est-ce qui conduit une personne à devenir obèse ? Rof… Je pense euh, la société. C'est une société de consommation à tout va. On fait croire aux gens que plus on a, plus on est heureux quoi, c'est ça. C'est ça sans arrêt, à la télé, les pubs, faut acheter, hé ben faut manger… on mange, on mange… Et puis on le voit bien, de toute façon, on a les gens des plus faibles conditions socio-professionnelles qui sont les plus gros quoi. On en voit pas chez les CSP+, pas beaucoup hein. Mais vraiment quoi, c'est des pauvres gens quoi. Et puis on leur a fait croire que ben d'accord vous allez pas gagner au loto, mais alors au moins mangez, achetez, mangez, mangez, mangez. La société de consommation c'est vraiment ça quoi.

- Hum.

- Et puis si ils sont un peu faibles d'esprit, euh, ils se laissent prendre dans ce truc débile et pis voilà quoi. Et puis après c'est..., une fois qu'ils sont gros, ben, pffff, ils continuent… je veux dire, quitte à être gros, autant être vraiment gros quoi ! Je pense que oui… En tout cas c'est pas comme en Corée du Nord où c'est un marqueur social de… quand on est au-dessus de la pyramide, on est gros parce qu'on mange bien quoi, en Corée du Nord c'est vraiment ça. Kim Jong-Un, c'est pour ça qu'il est si gros. Ou en Afrique, y a des peuplades où il faut être gros parce que ça veut dire que tu as réussi dans ta vie quoi. Malheureusement, en France, maintenant c'est plutôt l'inverse. La mauvaise bouffe, la mal…, la société de consommation et la malbouffe. Et puis les mauvaises graisses, là. Alors moi je

vais vous dire un truc hein : on utilise un bistouri électrique, et le bistouri électrique il brûle, entre autres la graisse, ça coule quand elle est brûlée, ça fait de l'huile. Y a une odeur de cramé, de chair brûlée quoi, souvent les gens disent « ah ça sent un peu le cochon grillé ! », tu parles, c'est eux, le cochon ! Et je me rends compte que vraiment, c'est pas la même odeur selon que c'est une graisse de quelqu'un qui bouffe mal, bouffe mal, pas méchamment hein, mais qui mange une mauvaise graisse quoi, des chips, des cochonneries à la, à la mauvaise graisse. Ou celui qui est gras parce que voilà, c'est une petite mamie et puis qu'elle est un petit peu grassouillette, mais globalement elle a toujours mangé correctement avec les légumes de son jardin. C'est vrai hein.

- D'accord.

- Ça sent pas pareil, honnêtement. Moi ça fait un moment que je ne mange pas de barbecue hein, mais, autour de chez moi ils font des barbecues, je peux te dire que je sais que ce qu'ils mettent dessus, si c'est de la bonne bidoche ou si c'est la grosse saucisse qui vient de chez X [enseigne] là. Je peux te dire que ça sent vraiment la mauvaise graisse brûlée. C'est terrible cette odeur ! Bref !

- Et si vous quittez votre casquette de médecin, qu'est-ce que vous dites ? Qu'est-ce qui conduit une personne à devenir obèse ? Est-ce que vous répondez la même chose ou pas ?

- Ben je pense, oui. Parce que c'est vraiment une réflexion sur la, euh, l'avenir, la civilisation. On est fou de faire bouffer les gens mal. C'est quand même la base hein, ce qu'on mange ! Alors tout ce qu'on gagne, ça devrait nous servir à améliorer ce qu'on mange. Or, à l'heure actuelle, tout ce qu'on gagne ça sert à faire des loisirs, des vacances, prendre l'avion, à aller en vacances sur la lune, s'acheter la plus grosse télé de la terre, euh, avoir un clébard, acheter des croquettes pour le clébard… Moi je vais pas en grande surface, mais quand on y va, y a des fois plus à manger pour le clébard ou pour le chat que pour l'homme quoi !

-(rires)

- Non mais c'est vrai hein! C'est fou, on est fou ! Et on fait croire aux gens qu'on est heureux grâce à ça. C'est vraiment un problème de société et d'éducation.

- D'éducation aussi ?

- Ouais. Ben on habitue mal les gosses à manger dans les cantines. Ça fait cinq ou dix ans qu'on entend sans arrêt qu'il faut mettre du bio dans les cantines, apprendre à manger cinq fruits et légumes, tout ce que tu veux. En pratique, quand on regarde, j'ai encore une dame qui m'a dit ça : « si j'ai pris du poids, c'est parce que je mange dans une cantine de boulot, et que ben, c'est pas bon ce qu'on mange quoi. C'est plein de gras, c'est des sauces ». Faut forcément que celui qui fait à manger ça lui coûte le minimum, et puis qu'il demande le maximum au personnel. On le voit aussi ici. Moi ce que je mange ici, c'est pas trop bon hein. Voilà. Donc euh comment on peut éduquer les gens si dès l'école on leur donne déjà pas les bons réflexes… Et puis on jette ! Je peux pas supporter de jeter de la bouffe ! Moi mon plateau quand j'ai fini, y a plus rien dedans ! Ce qui se voit, mais c'est impressionnant ! On jette ! C'est une société de consommation. On a quand même, on a quand même payé quelqu'un pour le fabriquer, la viande c'est quand même un animal vivant qui a donné sa vie euh… Pof on le jette ! Terminé !

<u>- Est-ce que vous pourriez me donner trois mots pour qualifier une personne obèse ?</u>

- Ah ben, arff. Ben en souffrance, ça c'est sûr. Parce que c'est pas facile…

- Ouais.

- Moi je fais de la rando, hein. Quand je pose mon sac à dos de 15 kg, c'est rare qu'il fasse 15 kg, mais bon, le soir, ben on est hyper content et puis on sent déjà quand on s'enlève déjà 15 kg. Alors je me dis, ben, y en a qui ont 20, 30, 40, 50, 80 kg de plus que toi. Ben ça doit être atroce quoi ! Et ils ne

peuvent pas l'enlever ! C'est-à-dire qu'ils se lèvent la nuit pour aller faire pipi, ben ils ont encore le sac à dos sur le dos là, rolalalala.

- C'est de la souffrance euh…

- De la souffrance physique, ouais.

- D'accord.

- Euh… je pense, mais alors ça, ça va être affreux hein, de critiquer, mais je pense la faiblesse morale, parce que je pense qu'à un moment donné faut se regarder dans une glace et puis dire « attends, t'as vu ce que tu deviens ? ». Donc euh, ouais, je pense qu'ils manquent peut-être de force de caractère.

- D'accord.

- Ouais pis après ben, pfff. Ouais, tout le monde attend ça, mais à risque moi je dirais. Ils se rendent pas compte que tout est compliqué pour eux. Je veux dire, faire une opération banale chez un gros, c'est affreux, quoi. Un accident de bagnole chez quelqu'un qui est en surpoids, ben les pompiers peuvent pas les sortir, faut désincarcérer…

- Ouais.

- Ouais, à risque pour tout quoi. Le moindre truc ! Une infection urinaire c'est, c'est compliqué, on peut plus gérer les antibios, on peut plus les examiner, tout est compliqué.

- Ouais.

- Complexe, compliqué, plutôt qu'à risque, je sais pas.

- D'accord. Complexe ? Compliqué ?

- Je sais pas. Les deux.

- Est-ce que vous pouvez me décrire comment se passe une consultation avec un patient obèse ici, entre le moment où vous allez chercher la personne en salle d'attente et le moment où vous la raccompagnez ?

- Ben ça se passe bien !

- (rires)

- Je fais pas de consult au lance-pierre moi, donc je prends du temps.

- D'accord. Comme pour n'importe quel patient ?

- Ouais. Ben oui. Mais par contre, euh, l'histoire du poids, moi je leur en parle, quoi.

- Ouais, vous leur dites quoi ?

- J'ai mon truc (me montre un disque à IMC), je leur calcule leur IMC presque pour tous. « Regardez, vous êtes en obésité/en grande obésité… ouah ! Vous pouvez pas rester comme ça, c'est celle qui rend malade ! ». J'essaie de les sensibiliser quoi, avec mes gros sabots, comme j'ai l'habitude de faire quoi. Mais bon entendre les choses aussi.

- Hum hum. Vous leur dites systématiquement ?

- Que votre poids joue forcément là-dessus quoi ! Il faudrait faire un effort là-dessus, ça c'est vrai.

- Oui, parce qu'ils viennent pour des genoux, par exemple.

- Les genoux, c'est hyper classique. Moi j'ai vu des gens, opérés avec une chirurgie bariatrique, qui étaient venus me voir pour un genou, et puis qui reviennent avec 40 kg de moins « j'ai plus mal au genou »

- Ça améliore bien.

- Ah ben c'est impressionnant ! Donc alors après il y en a pas beaucoup qui y arrivent, mais ceux qui y arrivent, ils sont miraculés ! C'est vrai. « oui mais je peux plus bouger »... ben oui mais c'est sûr, on a de la compassion. Parce que comme ils sont gros, ils peuvent plus faire d'efforts, et puis ils ont mal, alors il reste le vélo, la piscine, mais enfin, c'est vrai qu'on maigrit pas dans une piscine hein, personne n'a jamais maigri dans une piscine -à part peut-être en faisant chauffer l'eau-, et je sais que j'ai un collègue qui est vachement plus dur avec eux. Il leur dit « quand vous aurez perdu 60 kg, je vous reverrai ». Et pof. Moi ça m'arrive d'opérer des gros, des obésités morbides hein, à 44-48 d'IMC, ça m'arrive oui tous les ans, j'en ai quelques-uns. Euh, on y laisse notre santé. Franchement, je fais attention maintenant dans mon agenda, je marque quand ils sont en surpoids, parce que je peux pas m'en mettre deux comme ça le même jour.

- Physiquement c'est difficile ?

- Ah ben c'est impressionnant quoi. On ressort lessivé, on a perdu 15L d'eau. C'est vrai hein, c'est difficile pour tout le monde ! Je l'ai dit tout à l'heure, compliqué, complexe, et c'est vrai quoi, qu'on fait attention de pas s'en mettre plusieurs parce qu'il y en a de plus en plus, c'est vrai. Plus pour le côté gauche et le côté droit. Parce que moi je suis droitier, donc je suis toujours plus à l'aise pour un genou droit que pour un genou gauche, mais euh, avant je faisais gaffe à ça, maintenant je m'en fiche du côté. Mais par contre mettre plusieurs gros le même jour, euh, pfff, non.

- D'accord.

- Ouais. Je marque l'IMC, je mets… Je sais plus, c'était quoi la question ?

<u>- Comment se passe la consultation avec un patient obèse ?</u>

- Ben voilà, donc elle se passe bien. Pour le reste ben voilà, moi ça m'arrive d'en opérer quand même parce que je finis par avoir de la compassion, je me dis « de toute façon, ils ont malheureusement un avenir qui est plus court que quelqu'un d'autre, est-ce que je peux me permettre de les laisser galérer avec leur... » . Il y en a qui arriveront jamais à maigrir ! Parce qu'ils ont pas la force de caractère d'y arriver, parce qu'ils ont pleins d'autres soucis… Bon en général, on en bave, puis derrière ils sont hy-per-con-tents ! Plus ils sont gros, plus le résultat est bon. Alors là je peux vous dire, c'est facile aussi.

- Ah oui ? Ils voient une nette amélioration ?

- Mais dès qu'ils ont plus mal, ils sont heureux quoi ! Et puis pour le personnel ici, des fois on se dit « rolala, on va leur coller une galère aux aide-soignantes pour les toilettes etc. », mais en fait un gros, il a, il sait qu'il est gros hein et que tout le monde angoisse en le voyant arriver, et la plupart du temps il se dépatouille tout seul hein. Ils se font leur toilette, ils se lèvent plus vite que les autres, c'est parce qu'ils ont pas envie d'être un poids (en insistant sur le mot poids). De toute façon, ils savent très bien qu'ils en sont un, donc du coup pour pas qu'on les rejette… Je pense que souvent leurs suites sont relativement simples. L'objectif, de toute façon, il est limité hein… je veux dire un obèse, il va jamais vous demander de venir s'asseoir sur ses talons ! De toute façon, il peut pas plier plus que 90°, y a la cuisse qui gêne après. Donc l'objectif fonctionnel il est un peu plus limité que chez le sportif à fond à fond qui dit « ah ben il me manque encore un demi degré pour la flexion complète ». Là-dessus, on n'a pas ces soucis-là avec les obèses. « J'ai plus mal, merci ! », ils vous sautent au cou, parce que « j'ai enfin plus mal ! ». C'est vrai.

- Hum.

- Mais c'est quand même une chirurgie à risque. Pour la cicatrisation, ça c'est atroce. Ça c'est sûr, c'est une peau à risque. Ça coulote. Ils font des lipolyses, hein la lipolyse, c'est une nécrose de la graisse, hein. Je sais pas si vous avez vu de la chirurgie…

- Oui j'ai déjà vu.

- ...les lobules graisseux, c'est des machins, ça part comme ça quoi. On passe une compresse, on en ramasse, y en a vingt-cinq sur la compresse. C'est des trucs qui tiennent par des micro-vaisseaux, je sais pas comment c'est nourri si vous voulez. Donc évidemment, pour se défendre contre une infection, on a un lobule graisseux qui part juste à la compresse heu… y a aucun globule blanc qui arrive dedans quoi, objectivement une fois qu'on l'a ouvert y a forcément des lobules graisseux qui restent dedans, qui vont fondre, qui vont faire que ça coule, qui vont faire que c'est inflammatoire plus longtemps. Donc faut faire gaffe à ça.

- D'accord.

- Et y a vraiment des gros, enfin on regarde hein, y a des obèses du tronc, et pis y a vraiment au niveau du membre inférieur, au niveau du genou, y a des gens qui ont des genoux relativement fins où tout le gros est ailleurs finalement, qui sont gros avec des jambes normales. Et puis y a vraiment les obèses qui sont, qui ont quinze centimètres de gras devant le genou. Alors là, ceux-là faut vraiment les prévenir que la peau c'est à risque.

- Hum.

- On s'en sort hein, mais c'est un risque et c'est souvent plus compliqué.

- D'accord.

- Ouais.

- Est-ce que vous pouvez me dire comment vous voyez la chirurgie bariatrique ?

- Ben pour l'instant par la fenêtre euh. Quand mon collègue en fait, je vais regarder un petit coup. Mais je sais pas, j'ai pas vraiment de connaissances là-dessus. J'ai beaucoup entendu parler des anneaux il y a un certain temps, maintenant ils font des gastroplasties, ils font des sleeves, machins, ils font… Ils m'expliquent le Dr X [nom] en gros ce qu'il fait, on a plein de patients en commun.

- Ouais.

- Ben, je trouve que c'est triste qu'on soit obligé d'en arriver là pour faire maigrir les gens, moi, personnellement. Je le vois quand même comme un risque sur l'avenir. Ça c'est vrai. Ils sont tous contents, ils ont perdu du poids, mais derrière ils font des petits repas… Est-ce qu'ils vont être carencés ? Est-ce qu'ils vont vieillir ? Est-ce qu'ils vont développer un Alzheimer plus que les autres ? Parce que, y a tellement d'hypothèses quand on vieillit ! On est bien carencés nous, enfin les vieux sont tous dénutris, euh… Moi j'ai toujours dit que faut tous leur mettre des compléments alimentaires, ils sortent tous du service de gériatrie avec des FRUITS AND FIBRES® trois par jour et puis des machins-là, du petit lait NUTRIMEL® en plus. Ça fait partie du vieillissement de perdre des muscles, d'avoir de l'ostéoporose et puis être carencé. Ben oui ! On peut pas… Des vieux qui ont un corps de jeune, ça n'existe pas hein, donc euh… Pour moi, ça fait partie du vieillissement normal. Ceci dit, à quarante ans, commencer à se faire des by-pass ou des machins, je sais pas comment ils arriveront vieux hein, ceux-là. Heureusement je serai plus médecin, je serai en retraite et j'aurai pas à m'en occuper. Mais c'est vrai hein, je m'en fiche un peu. Et puis l'autre souci, ben c'est euh, l'épidémie d'obésité qui touche les gamins maintenant… qu'est-ce que ça va donner plus tard ? Je pense que ça va être terrible pour les gens qui vont nous succéder parce que on sait que, par

exemple les genoux, le poids joue é-nor-mé-ment sur la chirurgie du genou. On va avoir de plus en plus de chirurgie du genou dans les années qui viennent alors que jusqu'à maintenant c'était plus de hanche que de genou, par exemple, dans les prothèses. Mais on sait que la courbe va s'inverser hein.

- A cause de l'obésité ?

- Oui, ce sera plus de genoux que de hanches euh, dans les années qui viennent. Les hanches, ben oui, à l'obésité ça passe, mais pas les genoux. Le genou, y a les rotules, y a tout ça. Y aura du boulot hein.

- Du coup dans votre patientèle, euh, vous voyez des gens qui ont été opérés et des gens qui n'ont pas été opérés (je parle d'une chirurgie bariatrique) ? Est-ce que vous les voyez du même œil ceux qui sont allés à la chirurgie que ceux qui n'y sont pas allés ?

- Ben forcément euh, oui oui. Moi je pense que j'essaie de tester ceux qui seraient capables de, d'avoir une chirurgie bariatrique, pour éventuellement les envoyer voir mon collègue ou ailleurs hein. Parce que ceux qui arriveront à maigrir, y a plein de problèmes qui vont se résoudre c'est sûr, hein. Oui, oui. Mais on voit bien qu'il y en a certains, ce sera pas possible. Mais enfin chaque fois que je peux, j'essaie de les faire entrer au moins dans le circuit bariatrique puisqu'il faut qu'ils voient une psychologue, une diététicienne, un machin… etc. ça permet au moins de faire le point. Moi j'ai vu, pas cette année mais l'an dernier je crois, une femme qui faisait 180 kg. Bon qui venait me voir, mais ça allait mieux parce qu'elle commençait à maigrir. C'est une pauvre femme hein, vraiment. Elle est rentrée dans le système bariatrique et finalement, c'est d'avoir rencontré la diététicienne qui lui a sauvé sa vie, et elle a même pas été opérée ! C'est une dame qui mangeait un repas par jour, elle avait pas d'argent. Elle gardait ses sous pour donner à bouffer à ses gosses. Du coup, elle faisait que le petit-déj.

- D'accord.

- Et forcément, son corps à partir du moment où elle l'alimentait, il faisait des réserves ! Et donc elle dit « maintenant que je mange plus, qu'on m'a expliqué qu'il fallait que je mange trois fois par jour, pas énormément mais quand même », elle mange plus qu'avant, ben elle maigrissait. Un kilo par mois, ben oui c'est bien, super. Elle a enfin compris ça. Je comprends pas qu'on n'apprenne pas ça ! Parce que des gens qui sautent des repas, ben on en voit tous les jours. J'ai encore vu hier, ben un de mes collègues médecin « non je mange pas à midi ». Je l'ai vu à l'heure de midi devant chez moi, il passait en vélo, je lui dis « tu as déjà mangé ? » « ah ben non, je mangerai pas ce midi ! ». Ça va pas. Alors il fait du sport pour maigrir mais euh, pas de repas de midi ! Tu fais ce que tu veux, mais si tu mens à ton corps, il se venge, tu es sûr, sûr et certain !

- Quand vous dites que vous sentez que le patient ne pourra pas maigrir tout seul et que vous le dirigez vers la chirurgie bariatrique, qu'est-ce que vous avez perçu chez le patient ?

- Oh ben souvent c'est une demande, ils demandent souvent une confirmation. Y en a certains qui viennent, ils sont conscients qu'ils sont en surpoids, que leur maladie c'est lié à ça, mais que faut bien qu'un médecin leur dise « ben oui, c'est évident, et puis si vous maigrissez ce sera beaucoup mieux ». C'est une pierre de plus dans le vase qui va se remplir pour aller faire de la chirurgie bariatrique, ça y en a des comme-ça, c'est vrai. Et puis, y en a d'autres, vraiment ils sont, (souffle), on voit bien qu'ils sont euh, non, de toute façon on peut dire tout ce qu'on veut, ça rentrera pas, et ils seront pas opérés. Ils ont pas cette force de caractère là, ils nous le disent hein. Ou ils ont vu ou entendu des expériences pas heureuses et puis, euh, ils sont pas prêts à faire ça. Personnellement si ça m'arrivait, je ne sais pas si je serais prêt à me faire couper un bout de tuyau pour euh…

- Ben justement, j'allais vous poser la question. Qu'est-ce que vous feriez si vous étiez concerné ?

- Je suis pas sûr. Je me pose la question pour plein de maladies. Par exemple, je ne suis pas certain que j'accepterais la radiothérapie, ça je pense que ce serait non. Une chimio… (souffle), mouais, j'en sais rien. Mais on en parlait tout à l'heure hein, moi je pense qu'on est fou. On n'explique pas aux gens. Vous avez un cancer, bon ben tac tac tac, quatre-vingt-quinze ans, chimiothérapie. Non mais faut arrêter. On voit ça maintenant, mais ça va pas bien quoi… alors après y a plus de sous. Ben ouais… Et donc euh voilà, ça dépend quoi. Mais si les carottes sont cuites, moi je pense que j'aimerais bien le savoir et je pense que je ferais rien.

- Et dans le cadre de l'obésité du coup ?

- Ben si j'en arrive à être là, ben je pense que je préfère me suicider, ouais. (rires, rire jaune…). Ben plus pouvoir bouger… Non, je sais pas. J'ai jamais pensé à ça, tiens. J'ai pensé à avoir plein de maladies, mais pas celle-là !

- (rires)

- (rires)

- (blanc)

- J'y ai jamais pensé…

- Ce n'est pas évident de se projeter avec une pathologie particulière hein….

- Ouais, je sais pas. Paralysé, j'ai déjà vu, plein de trucs mais pas ça, ouais !

- (rires)

- C'est rigolo hein ? J'ai des barrières psychologiques !

- Hum. Et vous avez des personnes obèses dans votre entourage ou pas ?

- Non. C'est vrai hein, quand j'y pense, non.

- Dans votre famille, dans vos amis, dans les connaissances proches ?

- (blanc). Non. En surcharge pondérale, des amis… pathologiques avec la bouffe.

- Ouais. Vous les voyez euh….

- Ben y en a un, c'est un bon copain, à un moment donné quand même il était bien, bien rond quoi mais … (se racle la gorge) je pense qu'il n'était pas en obésité, il était en forte surcharge peut-être, mais je crois qu'il n'est jamais arrivé en obésité. Et puis ben là, subitement, il a décidé « je me reprends en main », il fait du sport, il a arrêté la viande, il bouffe des légumes… il est sec comme un coucou. Enfin bon, c'est pathologique ! Il était pathologique, et il l'est toujours. Et moi je suis plutôt heureux de le voir comme il est là, que de le voir en forte surcharge comme il était, parce que je me dis qu'il aura moins de soucis, le genou, les pieds, on voit que ça hein ! Les trois quarts de la pathologie du pied, c'est parce qu'il y a des surcharges hein… d'appui, de vieillissement précoce euh, tout ce qu'on veut… Et puis dans le genou y a, c'est deux tiers, un tiers. Ouais.

- Finalement, vous, vous avez quand même une grosse proportion de patients en surcharge pondérale ou obèse qui viennent au cabinet ?

- Ah, quelqu'un qui a un IMC normal, je vous assure, il doit y en avoir trois par mois !

- Ah ouais ?

- Ouais. Un IMC normal on n'en voit pas beaucoup, pas souvent. Même ceux qu'on sent bien. Par exemple, les ligaments croisés, c'est quand même une pathologie du jeune hein, on n'opère pas les

vieux avec ça. Et puis, le jeune qui se fait opérer, c'est parce qu'il est sportif. Donc c'est en général des jeunes pas trop mal quoi, pas en surcharge, rien de tout ça. Hé ben, on ouvre devant là (me montre une maquette du genou), avant je vous assure la peau était posée sur le tendon. Y a systématiquement, même chez les jeunes les plus sportifs qu'on imagine, qu'on voit, il y a 2 cm de gras maintenant. À l'échelle de ma (en insistant sur ma) vie, j'ai vu ce changement-là.

- D'accord.

- Y a du gras. Avant, on mettait jamais de fils sous-cutanés, parce qu'entre le tendon et la peau il y avait rien ! Hé ben maintenant j'en mets un, j'en mets. Je pense que, effectivement, la malbouffe, mais vraiment la malbouffe, c'est-à-dire que même en pensant qu'on a, qu'on mange bien, on a, je veux dire… vous regardez, de l'huile de palme, il y en a partout, dans le moindre biscuit ou tout ce que vous voulez ! Y en a partout. Et puis les cantines, c'est que ça. Et ouais la bouffe en lycée, c'est pareil. Et puis voilà, le resto-U, c'est pareil ! Donc voilà.

- D'accord.

- Non mais c'est vrai hein ! Moi vraiment je l'ai vécu ça, je le vois. Et je me dis qu'à l'échelle d'un homme, voir à échelle humaine un tel changement dans l'anatomie des humains, moi ça me désespère un peu... (blanc)

- Oui donc pour vous vraiment l'obésité c'est surtout le problème d'alimentation principalement.

- Ouais. C'est les états généraux de l'alimentation. Vous avez vu qu'on parle pas du tout de ça en ce moment. C'est euh, quel prime on va donner aux agriculteurs et qu'est-ce qu'on va continuer à faire, on va supprimer le désherbant -mon Dieu, ouais, grande question, très grande question !- mais alors par contre, que les gens mangent mieux…-parce que c'était normalement de l'agriculture et (en insistant sur le et) de l'alimentation- alors c'est remis normalement à la fin du mois de Novembre. Mais alors savoir ce qu'on doit donner à bouffer aux gens, c'est-à-dire que l'état pourrait dire « on exige que vous payiez tant et puis qu'on arrête de faire des plats cuisinés ». C'est vrai ça, et puis qu'on fasse… Enfin, on explique aux gens que c'est compliqué de cuisiner quoi. Y a des émissions de télé -moi j'ai pas la télé, hein, mais y a des émissions sans arrêt- sur euh, top chef, machin… oh c'est compliqué de cuisiner ! Faut une noix de pincée de muscade, du paprika du Pérou, du machin truc de je ne sais où, pour arriver à faire une salade ! Ben non, c'est pas compliqué ! Mais en fait, on fait tout pour qu'ils croient que c'est compliqué. Mais tout ça, ça fait partie, je pense, je veux pas être catastrophiste hein, mais d'une volonté hein euh… ben oui on va acheter la pizza toute faite, on va pas se la faire soi-même, parce que t'imagines ça a l'air très très compliqué , faut trouver la recette sur internet euh… Il commence à y avoir maintenant des gens qui font des sites internet avec des recettes faciles… Enfin, on sait plus, quoi. Les gens ne savent plus faire une sauce salade par exemple. Personne ne fait plus une sauce salade. La sauce salade, ça s'achète. Ben oui ça s'achète... Mais y a quoi dedans ? Ah ben de l'huile de palme. Hé ben allons-y ! Donc tu as la belle salade qui est bio, de ton jardin, mais tu vas mettre de l'huile de palme en sauce. On va quand même pas faire une sauce avec de l'huile d'olive, du vinaigre, c'est quand même pas très compliqué non plus quoi. Donc je pense quand même que oui c'est la malbouffe. Enfin, c'est comme ça.

- D'accord. (blanc). Quand vous m'avez dit dans les trois mots pour qualifier une personne obèse, faiblesse morale, manque de caractère, c'est euh, ça s'applique aux personnes obèses opérées ou non opérées ou… ?

- Oh non, aux non opérés. Les opérés, ils ont envie de se changer un jour quoi, ils se regardent. Mais y en a vraiment qui sont ouais… on peut dire que non non, y en a qui ont pas le caractère d'y arriver quoi. C'est vrai. Qui sont dépressifs, qui sont… non, mais c'est vrai, y en a plein quoi, ils sont sous anti-dépresseurs, plein de trucs. J'en ai vu une ce matin, qu'est-ce qu'elle a comme médicaments ? Le TRANXENE®, le RIVOTRIL®, le CYMBALTA®, le LYRICA®, la morphine… ah mais comment voulez-vous

qu'elle fasse un régime pour perdre du poids. C'est pas fastoche avec ça quoi ! Ils ont des vertiges, « quand je me lève, je tourne ». Ben oui, c'est sûr, avec tout ça. Là, ben c'est cuit quoi. Pourtant je pense qu'en maigrissant, elle aura moins mal aux pieds cette dame.

- Ouais. L'obésité, c'est quand même un problème hein… c'est aussi pour ça que j'ai choisi ce sujet-là, parce que je trouve qu'on voit de plus en plus de personnes atteintes de cette maladie…

- Ah ben ça oui. Parce qu'à X [établissement], j'ai opéré un jeune de 25 ans qui faisait 286 kg, euh pfff, habitant V [ville]. On ne pensait pas… On disait toujours « y en a aux Etats-Unis, mais ça va nous arriver dans vingt-cinq ans ! ». Et en fait euh, c'était déjà là quoi. Enfin y avait déjà des énormes sur-obèses, enfin, je vois bien ce que le chirurgien de l'obésité opère comme patients hein. Deux cent quatre-vingt-six kilos à l'hôpital, ben, pas de brancard pour venir se faire opérer au bloc, y a aucune table d'opération qui supporte plus de 250 kg, donc y a fallu l'opérer sur un brancard du SAMU spécifique pour les obèses qui rentrait dans la salle, pis on l'a opéré là-dessus. Conditions d'hygiène lamentables… C'est pas une table d'op, c'est pas nettoyé pareil… La douche, y avait que dans un seul service qu'on a réussi à trouver une douche où il rentrait dedans, parce que sinon on pouvait pas fermer la porte une fois qu'il était rentré dans la douche hein… Donc voilà. Fauteuil roulant, ben spécifique. Alors heureusement ce jeune, c'était pas hyper grave ce qu'il avait, il s'est bougé les... pour la toilette, il aidait les filles. Mais mangeait, mangeait, mangeait… Et les filles étaient surprises parce que… mais qu'est-ce que tu veux, à partir du moment où il est à 285, qu'il en fasse 500, y a plus de différence quoi je veux dire. Où est le problème. Accident de scooter, transféré parce qu'il avait fait, même pas de fracture, mais des hématomes sous-cutanés, des paquets de graisse du mollet tout ça, qui s'étaient surinfectés. Donc il a fallu lui vider les abcès dans le mollet, mais je me vois lui lever la jambe pour le badigeonner au bloc, euh, qui pesait le poids d'un homme à elle seule quoi, si vous voulez ! Ouais c'est quand même tout est compliqué. Je pense que les gens, on leur dit pas assez « mais la perte de chance que vous avez s'il vous arrive quoi que ce soit ! On peut pas vous perfuser euh... ». Je me rappelle d'une femme é-norme qui était arrivée un jour aux urgences, les pompiers l'avaient sortie pour suspicion de fracture du fémur. Elle se tenait avec les jambes écartées comme ça, parce qu'elle était tellement en surpoids qu'elle pouvait pas mettre les jambes droites. Et alors du coup ça a fait croire que le fémur était cassé parce qu'elle était en rotation externe. Mais, en fait, elle était pas cassée, elle avait aucune fracture. Elle avait juste, c'était juste une position… bon ben c'est bien, elle a fait un aller-retour avec les pompiers pour…

- La pauvre.

- Ouais, c'est triste hein. C'est triste. Enfin, y a quand même, faut quand même faire une différence entre les très grands obèses et puis, euh, le surpoids banal qu'on voit. Mais enfin, c'est des IMC en obésité hein au début. L'IMC entre trente et quarante, c'est des cas hyper courant hein, chez les obèses. Ouais, ils sont beaucoup là-dedans. Voilà. Et puis, ils se rendent pas compte et puis on leur dit voilà -alors moi j'ai un machin, là, de Servier, enfin bon, j'ai un peu honte que ce soit Servier-, mais je m'en sers très souvent. Et je pense que c'est important de dire « vous voyez, vous êtes dans la zone obèse là ». Parce que ce mot il fait quand même quelque chose, quoi. Faut qu'ils se voient. Mais ils se voient pas.

- Ou ils ne veulent pas se voir peut-être ?

- Et puis on a tout adapté. Les tailles, les habits. Enfin, moi je suis comme je suis, et j'ai de plus en plus de mal à trouver des fringues qui vont aux gens comme moi. Si c'est grand, ben tu flottes dedans, tu peux en mettre trois ! Non mais c'est vrai !

- Proportionnellement finalement…

- Ouais, parce qu'on a, ok d'accord, des gens qui sont plus grands. Mais oui, mais ils sont plus gros ! Alors du coup les chemises, les fringues, tout ce que vous voulez, c'est tout pour des gros

maintenant. Rah je vais pas pleurer hein, je veux pas me morfondre sur mon sort, hein mais euh… C'est vrai que, on a adapté, pour pas qu'ils s'en rendent compte, qu'ils étaient en surtaille quoi.

- Du coup je me posais la question au niveau des… (et je montre les fauteuils de consultation)

- Alors voilà, c'est quand même marrant, parce que j'ai fait exprès, donc y a un fauteuil avec accoudoirs et puis un sans accoudoirs pour les gros, pour pas qu'ils soient coincés dedans ! Parce que j'en ai vu tellement rester coincés là-dedans. Hé ben non, systématiquement, quand ils viennent, il faut qu'ils s'assoient sur le bord de celle-là, là (en montrant la chaise avec accoudoirs)…

- Ah ouais ?

- Ah ben ça, ouais, j'arrive pas, je sais pas pourquoi, j'arrive pas à comprendre… (blanc). Y en a pas beaucoup qui, comme y a le choix -tu vois, y aurait pas le choix, encore à la limite- qu'ils se mettent sur le bord, à l'hôpital c'était comme ça, c'était des fauteuils avec accoudoirs, ils restaient coincés dedans et puis ils partaient avec le siège, j'ai déjà vu plein de fois, qu'est-ce qu'on rigolait… Donc là, j'ai mis une chaise, bon hé ben non, ils sont obligés de se mettre là ! Alors c'est peut-être parce qu'elle a des accoudoirs pour se soulever, je sais pas.

- Peut-être…

- Mais du coup ils sont assis sur la demi-fesse devant, là, enfin, c'est, c'est rigolo.

- Et puis vous avez adapté d'autres choses dans le cabinet ?

- Ben, le brancard, je crois qu'il est valide pour 200 ou je sais plus combien. J'ai une balance, euh, je les pèse, elle monte assez haut hein, elle monte à 150 kg.

- Vous les pesez souvent ?

- De temps en temps.

- Quand ils ne connaissent pas leur poids ?

- Ouais, ils disent 80 puis en fait 120kg… Parce que y en a qui mentent hein, 80 ça j'en ai déjà vu ! Et puis ça monte, comme je note, des fois je leur dis « vous avez maigri/ grossi », allez ben repesez-vous un coup.

- D'accord.

- Ah y en a certains qui sont comme ça, là (il imite son patient qui prend appui sur l'évier largement pour peser moins lourd sur la balance), pour pas que ça pèse trop ! On voit tout! C'est un super métier médecin ! On se marre !

- (rires). Vous avez passé votre thèse en quelle année ?

- X [année]

- D'accord.

- Ici, au bloc y a, enfin ici y a des lits spéciaux pour gros, fauteuil roulant spécial pour gros, euh table d'op spéciale faut prévenir à l'avance euh…

- Hum. Vous êtes équipés.

- Ben un petit peu. Y a le chirurgien de l'obésité donc forcément…Oui il en opère beaucoup. Ah c'est quand même… il va finir par faire que ça presque. Non mais c'est vrai hein, donc on se dit que c'est vraiment un pan de la médecine qui s'est ouvert hein !

- Ça se développe beaucoup.

- Parce qu'il y en a de plus en plus. C'est un marché porteur.

[partie personnelle gênant l'anonymat]

(Quand je lui ai énoncé mon sujet de thèse) :

- Ben moi je pense que la chirurgie bariatrique c'est un pis-aller, on va dire. Qu'est-ce que ce serait bien si euh, avec de la prévention, des explications et de l'éducation thérapeutique ou je sais pas quoi, on arrivait à faire maigrir les gens avec leur force de volonté. Mais y en a, ils y arriveront peut-être pas, je sais pas.

- Hum.

- Faut quand même une certaine force pour venir se faire opérer de ça, je pense. Parce que c'est quand même en plus risqué comme chirurgie. Je pense qu'il leur explique le chirurgien que, ils risquent de finir en réa et tout ça.

- Oui oui, y a les explications.

- Mais bon. Si on a vraiment envie de se sortir de l'ornière où on est, euh, pourquoi pas. Y a vraiment des gens qui sont miraculés hein.

- Hum.

- Oh oui j'ai des souvenirs de patients, des jeunes hein. Y en a un, c'était un jeune du H. [région], sportif tout ça, je l'ai opéré moi pour sa cheville, il s'était cassé la cheville tout ça. Et puis, il était vraiment costaud hein. Et puis un jour il est venu, il est ambulancier, il vient. J'ai failli pas le reconnaître, tout beau, tout maigre, tout bien ! « Ben je me suis fait opérer. Avant je reconnais, je mangeais une pizza pour moi tout seul, maintenant un quart je suis déjà calé » Ben voilà, oui c'est sûr. S'il faut passer par là pour arriver à manger une part correcte… bon ben voilà, c'est triste. Enfin, je sais pas, la force de volonté, ça existe non ? Je pense, je sais pas mais… (blanc)

- (blanc)

- Est-ce qu'il y en a autant aux États-Unis de chirurgie bariatrique ?

- Hé ben, alors en terme de chiffres, je ne saurais pas dire, je sais pas.

- En France, tout est pris en charge, donc on s'en fout ! Aux États-Unis, il faut voilà, quelques…

- Je ne sais pas s'il y en a plus. Je suis en train de faire de la biblio (rires)…

[puis partie personnelle]

Médecin 11 (durée : environ 45 minutes, sans enregistrement car refusé)

- Je viens pour parler avec vous d'obésité. Pour vous, qu'est-ce qui conduit une personne à devenir obèse ?

Pour elle, c'est surtout le versant psychique :

ce sont « des gens qui ont des problèmes dans l'enfance qui ne sont pas résolus… inceste, viol, violence, qui ont subi de la méchanceté vis-à-vis de l'entourage », et souvent « un traumatisme psychique, par exemple la perte d'un boulot, un deuil, un divorce »

« Ils se mettent à manger pour cacher le problème »

des patients qui l'ont « perturbée » et qui la perturbent encore

ce sont « des gens qui sont enfermés là-dedans pour cacher le reste »

Les patients obèses « n'ont pas toujours conscience de leur obésité »

Elle prend l'exemple d'un patient qui connaît sa taille, mais pas son poids, et qui quand elle le pèse « fait deux fois le tour de la balance ».

« Ils ont une méconnaissance de leur poids, de leur obésité ».

Pour l'alimentation : il y a deux catégories de patients :

- « Ceux qui savent pourquoi ils mangent »

- « Certains n'en ont pas conscience »

« Dans la démarche de chirurgie bariatrique, les consultations avec les psychologues et psychiatres sont très importantes », parce que « il y a ce problème psychique non résolu qui est à l'origine de leur obésité »

Pour les prendre en charge, « ça devient bestial ». Elle a une machine d'imagerie qui s'est considérablement perfectionnée, et heureusement. Mais elle a dû investir dans un lit médicalisé, mais qui ne va que jusqu'à 150 kg. Idem pour la balance. C'est pareil pour le brassard, « il faut gonfler à n'en plus finir » (en mimant)

« Ce sont souvent des jeunes qu'on voit en chirurgie bariatrique »

« Les personnes âgées sont grosses mais pas obèses, elles sont un peu en poire (en mimant) avec quelques kilos de trop, alors que les jeunes ils sont vraiment obèses, carrés, avec souvent 50 ou 60 kg de trop »

Elle pense que « les obèses sont négligents » . Elle a le souvenir « traumatisée par une dame de 1m42 pour 125 kg », qui était « très négligente au niveau hygiène ».

Elle fait une parenthèse sur la négligence des patients :

« Maintenant il n'y a plus d'hygiène ». C'est tous les jours qu'elle en a au cabinet, « les gens ne se lavent plus ».

Elle a même rencontré une patiente qui, au moment de se déshabiller, la prévenue qu'elle ne s'était pas lavée. Elle a demandé depuis combien de temps, et elle lui a répondu « depuis deux semaines ». Elle lui a demandé si elle avait de l'eau et du savon, ou un problème d'appartement, mais la patiente lui a juste dit qu'elle « n'avait pas envie de se laver ».

« On peut être déprimé, mais quand même on se lave ! »

Elle dit que : « il n'y a plus d'hygiène, mais pour tous ! », et ne sait pas comment faire pour demander aux gens de se laver avant de venir en consultation. Faut-il faire « une affiche pour la salle d'attente ? »

Elle trouve que « le manque d'hygiène se rencontre quel que soit l'âge, le sexe, la morphologie ou la catégorie socio-professionnelle ». Elle trouve que les gens sont inconscients, qu' « ils ne se rendent pas compte qu'ils risquent des infections graves ! »

Elle rencontre des difficultés lors de l'examen, car cela lui « donne la nausée », surtout le matin en arrivant. Le pire, « c'est les pieds, surtout les ongles ». « Ils ne sont pas coupés, pas lavés… Encore, quand on est obèse, ça se comprend, car on a du mal à atteindre ses pieds, mais sinon... »

Du coup, pour les examiner, « je prends sur moi ».

« A la rigueur les obèses sont plus propres ». En tout cas, les patients « obèses qui vont à la chirurgie bariatrique sont des gens qui prennent soin de leur apparence, qui font attention à leur image. Les dames sont maquillées. » et « s'ils ne le font pas (en parlant de l'entretien de leurs pieds), c'est parce qu'ils n'y arrivent pas ». Les autres patients obèses «sont plus négligés ».

Elle a reçu en consultation une mère et sa fille, d'une vingtaine d'années, toutes les deux en consultation pré-chirurgie bariatrique. Et elle a été « choquée ». Elle s'est dit, en parlant de la mère : « elle aurait pu faire attention pour sa fille! », « elle se déculpabilise d'aller à la chirurgie avec sa fille », pour trouver une solution. « C'est une solution de facilité d'aller à la chirurgie ! ».

Mais « les deux patientes étaient toutes contentes d'avoir ce projet de chirurgie bariatrique pour se soutenir mutuellement, d'après ce qu'elles avaient dit ».

Elle a peu de recul concernant la chirurgie bariatrique, car elle a plutôt un rôle de consultant.

Elle trouve que « la chirurgie bariatrique c'est bien, que les patients sont dans l'attente », « ils pensent que ça va tout régler, que c'est miraculeux ». « ils mettent vraiment beaucoup d'espoir ». C'est un peu « comme si le Père Noël allait passer ! »

Elle trouve aussi que le « bénéfice est de diminuer l'incidence de beaucoup de pathologies, comme le diabète, le syndrome d'apnée du sommeil, la dyspnée, etc. »

Mais elle a « peur qu'ils soient déçus ». Et elle se demande : « est-ce que ça règle vraiment le problème à l'origine de l'obésité ? », « est-ce qu'ils sont mieux dans leur tête après ? ».

- Donner trois mots pour qualifier une personne obèse :

- « Souffrance psychique due au poids, et à leur antécédent », sous-entendu leur antécédent psychique, et aussi « d'avoir toujours eu une image un peu en dehors du système »

- « Difficultés techniques et matérielles lors de l'examen clinique »

- Difficultés concernant le « vocabulaire à employer pour leur parler de leur obésité »

Les patients obèses « abandonnent au-delà d'un certain poids, après 100 kg en général », « ils ne se pèsent plus s'ils sont trop gros ». Il y a même une patiente qui a dit à son médecin traitant que ce médecin était méchant, parce qu' « elle l'avait pesée car la patiente lui disait 80 kg, et qu'il y avait 20 kg de plus que l'estimation ».

S'ils ne se pèsent pas, elle « demande qu'ils se pèsent régulièrement, d'acheter une balance ».

Pour parler de l'obésité, « ça dépend du patient, s'il est accessible à la discussion, ou pas ». Ça peut être « plus ou moins violent », pour eux, donc elle fait en fonction de ce qu'elle sent. Elle voit aussi s'ils sont « réceptifs, ou non ».

Si le patient n'est pas réceptif, elle « sort ses recommandations qui disent que c'est mauvais pour la santé etc., mais c'est anonyme ! ».

Il y a des patients réceptifs : « Certains sont demandeurs ».

Elle trouve que les patients obèses « sont toujours dans la méfiance », « ils ont peur qu'on les catalogue ».

D'où l'importance du « choix du vocabulaire pour ne pas les blesser, les braquer. », ce qu'elle trouve difficile.

Pourquoi avoir choisi ce métier ?

C'est un « rêve d'enfant », mais elle ne l'explique pas bien : « j'avais envie »

Elle a décidé de faire cette spécialité plus tard, en fonction de ses stages et puis de la pratique qu'elle voulait avoir. Elle avait « peur de ne pas s'entendre avec ses collègues » en hospitalier.

En tout cas, elle savait qu'elle voulait « travailler dans le milieu médical ».

Avez-vous des personnes obèses dans votre entourage ?

« Non », « il n'y a pas d'obèses dans mon entourage...mais ce n'est pas sur mes conseils ! ». « Ce n'est pas la tendance de la famille »

Est-ce que vous même avez déjà eu des problèmes de poids ?

« A l'adolescence, j'ai pris quelques kilos, mais j'ai réussi à m'en débarrasser ! » et puis lors des grossesses, surtout en fin de grossesse, ce qu'elle a très mal vécu… « j'avais peur de ne pas pouvoir les perdre », et elle se pesait beaucoup pendant la grossesse. Ce qui l'angoissait, c'était de savoir « comment s'habiller », c'était « très vite trop petit », pareil pour se chausser avec les pieds. Et puis « pas possible de se couper les ongles des pieds, de se mettre du vernis, etc. ».

Et elle en a un tel souvenir que « c'est ma hantise d'en reprendre ».

Elle se dit toujours, en voyant une personne obèse : « comment il a pu en arriver là, comme ça ? »

Est-ce que vous iriez à la chirurgie bariatrique ?

« D'abord le régime ». Et « la chirurgie en dernier recours ». Elle dit « je fais mes courses, je fais à manger » et « je fais beaucoup de sport ».

« Est-ce que les gens analysent ce qu'ils mangent ?»

Elle a été « marquée, quand elle était interne en diabéto, par la réanimation d'un patient obèse » un soir de garde qui était « comme un espèce d'éléphant sur un lit, qui prenait tout le lit ». Elle s'en rappelle encore très bien, de nombreuses années plus tard… Elle se disait : « comment on peut être encore vivant et se laisser mourir comme ça vivant ? », comme elle se disait pour les escarres « comment on peut être encore vivant et pourrir comme ça ? »

Médecin 12 : (durée environ 30')

- Pour commencer, j'aurais voulu savoir si vous pouviez me dire quel était un petit peu votre parcours professionnel

- Oui, alors j'ai terminé l'internat en X [année] je crois, ou X [année] dans ces eaux-là. J'ai remplacé pendant un certain temps, à X [ville]. Et puis après à X [ville]. Et puis je me suis installé en X [année]. J'ai pris la succession de mon père qui était médecin ici. Donc, d'abord en association avec le médecin qui était associé à mon père, qui est parti en retraite il y a quelques années, et puis je me suis retrouvé tout seul. Et puis là je vais avoir quelqu'un qui va venir. Voilà. Et j'ai fait mon internat à X [ville]. Je sais pas si ça a une importance, mais voilà.

- Et euh, pourquoi vous avez choisi la médecine générale ?

- Parce que je connaissais le métier du fait que mon père l'exerçait déjà, que j'aime... C'est un métier de proximité, c'est un métier de contact avec les gens, que le côté technique il m'avait, il m'enthousiasmait pas plus que ça, donc c'était… assez logique quoi. J'avais commencé médecine plus ou moins avec cette idée-là dans la tête.

- D'accord. Et donc ma thèse concerne l'obésité. Pour vous, qu'est-ce qui conduit une personne à devenir obèse ?

- Alors, pleins de facteurs qui sont environnementaux, la famille surtout. C'est-à-dire que souvent je remarque que quand quelqu'un est obèse, souvent dans l'entourage on voit des parents obèses, euh, des frères et sœurs obèses, etc., parce que il y a souvent, c'est un adamisme, c'est des troubles alimentaires qui sont reproduits. Souvent même les animaux de compagnie ont des problèmes de poids, je remarque.

- Ah oui ? D'accord !

- Ah c'est pas, faut pas être systématique bien sûr ! Euh… Et puis y a des facteurs après psychologiques, souvent chez …-enfin souvent- chez les dames, je me pose souvent, parfois la question, d'attouchements dans l'enfance ou de problèmes qui, y a quelque chose par l'alimentation, une protection peut-être le fait d'avoir un surpoids…

- Une protection physique ?

- Une protection physique oui.

- D'accord. Vous voyez d'autres choses ?

- Le contexte social aussi. La mauvaise alimentation, des gens qui s'alimentent par euh, que des surgelés, Toupargel® et compagnie, qui mangent euh, n'importe quoi… des pizzas, enfin...croissants, jambon, enfin, qui mangent mal quoi.

- D'accord. Et si vous quittez votre casquette de médecin, qu'est-ce que vous répondez à cette question ? Est-ce que vous dites la même chose ou pas ?

- (blanc) Ben c'est difficile de quitter ma casquette de médecin… Donc si j'étais euh…

- Une personne lambda.

- Ce que dirait les gens ou ce que moi je dirais ?

- Ce que vous diriez, vous.

- Ben c'est très difficile d'enlever ma casquette. Je pense que j'aurais tendance à dire la même chose. Peut-être que j'ajouterais euh, le fait que, y en a qui l'ont cherché, qui s'alimentent n'importe comment et puis qui… Je dis ça parce que c'est ce que j'entends beaucoup, c'est peut-être pas ce que je dirais… C'est difficile, parce qu'il y a qu'une seule personne, j'ai du mal à me scinder entre euh…

- C'est pas évident…

- Je pense que je serais culpabilisateur. A leur dire, « vous avez vu ce que vous mangez ? », euh, y a pas de secret, hein, de toute façon. Souvent les gens ont un petit peu le truc de dire « ben oui c'est génétique, on est tous comme ça, donc c'est génétique », et puis ça les dédouane de leur responsabilité, alors que il faut quand même, enfin y a toute la problématique de ce qu'ils ont dans les placards et puis euh…

C'est quand même dommage de cacher ce beau soleil !

(Je suis vraiment éblouie par le soleil, donc il baisse le volet)

Moi je pense que l'obésité ça commence quand ils font les courses. Et le truc que je me dis, c'est quand on va faire les courses, regardez enfin… Regardez ce qu'il y a dans le caddie et puis vous saurez qui je suis ! Mais quand vous avez des caddies qui sont remplis de sodas, de plats pré-cuisinés. Maintenant c'est le truc hein, on arrive, on met le truc au micro-ondes et puis point barre, des hachis tout, enfin tout fait, les trucs, les machins...burgers et compagnie.

- C'est quelque chose, enfin, une réflexion que vous vous faites des fois en faisant vos courses par exemple ?

- Oui. Alors, c'est, je fais pas souvent les courses mais souvent je regarde et puis euh, ce qui m'inquiète c'est que, y a de plus en plus, c'est rare de voir des gens avec des caddies avec des choses non préparées, c'est-à-dire avec de la viande d'un côté, des légumes, euh les fruits, que ce soit pris en vrac quoi, les œufs, le fromage…

- D'accord. <u>Est-ce que vous pouvez me donner trois mots pour qualifier une personne obèse ?</u>

- Trois adjectifs ? Trois…

- Trois mots…

- Ben le premier qui me vient à l'esprit (rires), je suis désolé, c'est « gros ».

- Ouais.

- « Triste ».

- Hum hum.

- (gros blanc) Le troisième, j'aurais tendance à dire euh, enfin je sais pas le qualificatif, « mauvaise santé » quoi.

- D'accord.

- Altération de la santé. Dans ce mot j'entends euh, les facteurs de risque cardiovasculaire, tout ce que ça recouvre, et puis aussi la santé au niveau de l'équilibre psychologique, parce que souvent c'est, c'est des gens qui ont honte d'eux, qui n'osent pas se regarder, ou bien qui n'osent plus monter sur la balance. Y en a qui n'osent pas faire des activités, aller faire du sport, enfin… pleins de choses. Souvent les femmes d'ailleurs, plus que les hommes.

- Et qu'est-ce que vous entendez par triste ?

- Euh triste, c'est le côté, le retentissement psychologique parce que rares -je parle de gens qui sont réellement obèses hein je parle pas de gens en surpoids-, mais ce sont, c'est sou… Alors y en a qui sont hyper épanouis, qui adorent manger, qui aiment bien se faire plaisir et puis le plaisir passe par l'alimentation et puis euh le, la répercussion physique est secondaire. Mais globalement, ils ont quand même un discours qui est, qui est négatif par rapport à leur poids. C'est-à-dire que ça leur, ça les empêche de faire certaines activités, ce que je disais, d'aller à la piscine avec les gosses euh. J'en ai qui, un patient, je pense à ça par exemple, qui a été opéré, et ça m'a vachement touché. Il s'est fait opérer. Il a un gamin de six, cinq-six ans, il voulait lui apprendre à faire du vélo sans roulettes, et euh, il pouvait pas parce qu'il pouvait pas pousser le vélo.

- D'accord.

- Donc euh, oui, globalement c'est quand même les répercussions quoi. Le mot triste c'est ça, les conséquences.

- Est-ce que vous pouvez me décrire comment se passe une consultation avec un patient obèse, pour vous, entre le moment où vous allez le chercher en salle d'attente et puis le moment où vous le raccompagnez ?

- C'est-à-dire quand il vient pour ce motif-là ?

- Pas forcément.

- D'accord. Les différences par rapport, est-ce que je vais avoir un comportement différent ?

- Euh, est-ce que spontanément vous lui parlez de son obésité ? Est-ce que c'est lui qui en parle facilement ? Est-ce que vous le pesez ou pas? Est-ce qu'il y a des petites particularités avec une personne obèse au cabinet ?

- Alors euh, une particularité qui est, euh… (rires). Alors je vais le chercher en salle d'attente, pas de problème. Je le fais rentrer et puis y a un truc qui est idiot, c'est que les chaises dans mon cabinet sont, y a deux accoudoirs, pas comme ici (sourire), et ça m'est arrivé de me dire, et d'être gêné en me disant « est-ce que le monsieur ou la dame va pouvoir s'asseoir ? ». Et je me voyais pas aller chercher une autre chaise parce que évidemment c'est un peu délicat… Donc c'est un truc qui est tout bête mais des fois le truc, avant que je m'assieds, je le vois en face de moi, et je me dis ça.

- D'accord.

- Après, fatalement, si c'est quelqu'un qui vient pour euh, une prise de..., on est amenés forcément à parler du poids parce que euh, dans la mesure où ils ont une doléance de santé en général…

- Hum hum.

- Donc quelle qu'elle soit, on arrive à, euh…

- On arrive à en parler.

- ... à, si y a du diabète, si y a de l'hypertension, s'ils s'interrogent sur leur cholestérol, sur les facteurs de risque cardiovasculaire, quel que soit le motif globalement, y a très peu de motifs où on n'arrive, même si c'est un problème psychologique comme je disais tout à l'heure, on est amené à parler du poids. Je ne les pèse pas systématiquement. Donc ça, c'est quand ils sont en face de moi.

Après bon, on passe dans la..., dans la salle d'examen. Euh… quand ils se déshabillent, souvent -alors je les fais pas systématiquement déshabiller, ça c'est valable pour tout le monde, complètement, suivant le problème je cible quand même un peu-, je vois qu'ils ont du mal, pour certains, à se déshabiller. Ça c'est pareil, c'est une réflexion que je me fais, c'est quand même « comment ils font pour ne serait-ce que lacer leurs chaussures » ou… parce que des fois pour enlever leurs chaussures

on sent que, quand ils demandent « est-ce que je dois enlever mes chaussures », c'est un peu, euh, « t'es sûr qu'il faut que je les enlève parce que je vais avoir du mal à les remettre » quoi.

Je les pèse pas systématiquement, parce que, alors ça c'est parce que j'en connais, par exemple y a une dame qui est en grande difficultés par rapport à son poids, ça c'est un cas particulier, mais je sais qu'elle ne veut pas monter sur la bascule parce que ça la perturbe et puis euh... Y a des fois où elle est en phase, elle sait qu'elle a perdu donc ça la motive, quand elle sait qu'elle a repris, elle veut pas monter donc ça c'est un petit peu à la..., à la demande du patient. Et puis sinon je leur demande systématiquement, euh, vous montez, enfin je pose la question en restant ouvert « vous vous pesez un petit coup ? », et puis si ils me disent non ou bien si ça..., j'insiste pas quoi.

- D'accord.

- Et puis après l'examen en lui-même, voilà, je réfléchis, y a pas trop de différences. Je sais pas trop ce que vous vous attendiez…

- Alors justement, j'allais vous demander, qu'est-ce que vous leur proposez au cours de la consultation par rapport à leur obésité ?

- J'ai, j'ai (blanc), c'est un gros problème parce que c'est vrai que l'obésité c'est rare qu'ils viennent pour ça. C'est un petit peu le truc qui va être en fin de consultation quand on est en train de tout clôturer et du coup on essaie d'aller vite. Alors... moi je leur pose aussi systématiquement la question, c'est « est-ce que vous vous avez identifié le problème ? ».

- Hum hum.

- « Est-ce que vous savez pourquoi ? ». Et la majorité des gens, ils savent le pourquoi. Y en a très peu en fait qui me disent « je mange équilibré, je ne sais pas pourquoi je grossis ».

- D'accord.

- Et en général, alors la question que je pose c'est « qu'est-ce qu'il y a... » et ils me disent « oui... ». Y a des patients c'est « oui je grignote, je peux pas m'en empêcher, j'ai des biscuits, j'ai des gâteaux etc. je sais que c'est ça » ou « je mange trop ». Y en a qui me disent « c'est les quantités qui me… qui vont pas ». Ou certains c'est les horaires. Et très rapidement, on le voit pas tout de suite, et puis en discutant ils disent… Moi j'ai un patient, il est chauffeur de taxi, ce qui fait qu'il mange quasiment pas la journée, il mange un sandwich et puis le soir c'est, c'est la java quoi. Et j'ai pas toujours de solutions, par exemple pour ce chauffeur de taxi, il est à son compte, il peut pas, alors il est diabétique, il a 9 % d'hémoglobine glyquée. Enfin je sais plus quoi faire, l'insuline c'est hors de question parce que, euh, ben du fait des horaires, ça va lui faire prendre du poids, euh, pareil pour les, le TRULICITY®, l'analogue de la GLP1, c'est compliqué pour lui. Et du coup, souvent moi ce que je remarque, c'est qu'ils identifient quand même la cause, pour euh, 80 % d'entre eux je pense. Et euh, par contre, la solution, soit on, on est dans une impasse quoi, alors volontairement ou involontairement, peut-être qu'inconsciemment ils sont contents d'être dans cette situation ça je, je, voilà. Donc je reste sur l'aspect psychologique du truc. Et puis dans 20 % des cas, enfin je vous dis, c'est des statistiques à la volée hein, mais euh, y a des gens vraiment qui se disent « je ne comprends pas, je fais attention, je fais attention et ça ne marche pas, je ne perds pas de poids ». Et là je les oriente vers une nutritionniste.

- D'accord.

- Je leur dis, en général, « faites sur une semaine, vous notez absolument tout ce que vous mangez, vous faites honnêtement, c'est-à-dire que vous ne trichez pas, vous faites vraiment une semaine actuelle, vous faites un calendrier alimentaire et vous allez voir la diététicienne. ». Troisième option c'est, j'ai des fiches, alors quand il y a un trouble euh, une glycémie élevée, du cholestérol, ou quoi

que ce soit, j'ai des fiches toutes faites que j'imprime avec euh, les grandes règles de base sur les dyslipidémies où ça privilégie plutôt les graisses végétales, éviter les graisses animales, le beurre, le fromage les choses comme ça.

- Plus le côté diététique donc.

- Plus le côté diététique oui.

- **D'accord.**

- Beaucoup me disent, ici on est dans la région du comté, par exemple là beaucoup, donc c'est le comté par exemple, c'est-à-dire que ben il suffit d'aller à la fromagerie, ils l'achètent par kilo et puis 1 kg ça fait une semaine quoi...

- Ah oui

- Mais ils le savent. Alors des fois les astuces c'est la cancoillotte ! Ça marche bien.

- (rires)

- (rires).

- Et donc au niveau nutritionniste vous envoyez toujours à peu près aux mêmes personnes ? Vous avez un carnet d'adresse ou comment ça se passe ?

- C'est à X.[ville], Mme X. euh…

- Hum

- Mme X, je crois un nom comme ça

- Ah je connais pas.

- Enfin en général je connais pas les noms par cœur, je les, soit je leur dis « allez sur les pages jaunes » hein clairement, suivant leur degré de débrouillardise, ou alors je leur donne le numéro mais je sais pas par cœur. Y a aussi une dame à X.[ville] qui s'appelle Mme X. je sais plus comment.

- D'accord. Donc c'est, ce ne sont pas des médecins à qui vous adressez, ce sont plus des diététiciennes ou des ... ?

- Ah oui, non non, pas pas, oui c'est ça.

- D'accord d'accord. J'avais compris que c'était des médecins. <u>Et pour vous quelle place a la chirurgie bariatrique pour les personnes obèses?</u>

- C'est alors, euh, c'est vraiment le, moi je le présente comme ça, c'est la dernière des dernières des dernières des dernières des dernières des dernières solutions. Et quand les gens, quand on vient à en parler, soit c'est moi qui initie le sujet, ou le patient, je… je leur dis, euh, que ce qui me paraît le plus important, c'est la démarche avant d'arriver à la chirurgie bariatrique, autant que la chirurgie en elle-même. C'est-à-dire que toute la prise en charge, j'ai beaucoup parlé du psychologique, toute la prise en charge psychologique ça me paraît être fondamental, plus que honnêtement l'endocrino et les machins comme ça, c'est... Bon c'est intéressant certes, mais euh ce que, y en a qui me disent j'en ai marre, on va mettre l'anneau et puis hop ça résout le problème comme ça je perds du poids et puis euh… Enfin y a le côté un petit peu magique de la chirurgie, alors que ça résout un petit peu… Je vais faire une comparaison, mais c'est un petit peu, par exemple, comme la chirurgie esthétique chez les femmes qui vont avoir un complexe sur leurs fesses, leurs seins ou ce qu'on veut, qui vont faire la chirurgie qui ne va rien résoudre du tout parce que euh, le complexe il vient d'ailleurs en fait, si y a un problème un peu psychologique à la base ! J'insiste beaucoup quand on en parle sur les risques,

parce que on a une patiente sur le cabinet qui est décédée d'une embolie pulmonaire après avoir été opérée d'une chirurgie bariatrique, y a déjà, peut-être quatre-cinq ans, mais enfin qui a laissé trois gamins, plus son mari, et puis bon ben elle qui est décédée bien sûr. Mais du coup, après, moi, en général, le discours c'est ça, c'est « c'est le dernier recours, faites bien une démarche avant, ça résout quelque chose mais ça n'exclut pas qu'il faut toujours continuer à faire attention après, que c'est pas, voilà quoi ».

- Que c'est pas terminé ?

- C'est pas terminé. Euh je leur dis « certes si vous restez obèse vous avez un risque cardiovasculaire au niveau diabète, enfin tous les risques inhérents à l'obésité, et plus les douleurs de genoux, les douleurs, euh, voilà », mais je leur cache pas que voilà, c'est quand même euh, c'est pas… Y a une morbi-mortalité qui est pas, qui est non nulle quoi.

- Et avant que vous ayez connaissance de cette patiente pour qui ça s'est mal passé, vous aviez déjà la même opinion de la chirurgie bariatrique ?

- Oui !

- C'était déjà en dernier recours ?

- Oui, parce que c'est un dernier recours, c'est une solution qui ne doit pas être envisagée d'emblée, largement pas d'emblée.

- Hum.

- Je connais pas bien les recommandations là-dessus, je me suis pas penché sur le sujet, mais pour moi c'est un échec d'une autre thérapie.

- D'accord.

- Je préfère quand les gens viennent me voir, y en a, qui ont fait des efforts sur le plan sportif, des efforts sur le plan diététique, qui ont modifié leurs habitudes de vie. C'est très très difficile pour eux, ils le disent, c'est un travail de longue haleine, et puis c'est un travail qui est permanent.

- Oui.

- Parce qu'il faut que les choses se stabilisent dans le temps. Mais je trouve que c'est quand même beaucoup plus satisfaisant que d'avoir une gastrectomie, une sleeve, enfin ce qu'on veut, avec euh, des risques au moment de la chirurgie, des carences, euh, des voilà, des inhibiteurs de la pompe à proton, voilà. Moi j'ai une patiente elle m'a déjà dit, elle est déjà régulièrement supplémentée en VENOFER®, en vitamine B12, elle va à l'hôpital enfin c'est euh….

- C'est quand même contraignant… Et vous avez beaucoup de patients obèses qui euh, qui ont eu recours à la chirurgie bariatrique ou pas ?

- A la volée comme ça, je vais dire entre cinq et dix.

- Hum hum

- Sur un nombre inconnu de patients obèses. Ce sont ceux qui ont été opérés récemment, après j'en ai sans doute qui ont été opérés avant, et puis euh voilà, c'est noté dans les antécédents, mais dans la mesure où c'est pas, ça s'est pas fait depuis que je suis installé, du coup euh… quelqu'un qui a été opéré il y a dix ans je… enfin oui voilà, je dirais dix.

- D'accord. <u>Et quel est votre regard sur un patient qui perd du poids avec la chirurgie bariatrique et sans la chirurgie ?</u> Est-ce que vous voyez une différence entre ces deux patients ?

- La nature est bien faite, moi je vois que les patients qui perdent du poids avec la chirurgie c'est rapide, c'est violent, et euh… Oh tiens je pense à une dame qui a été opérée, je pense à elle parce qu'elle a été opérée donc, elle, c'est vieux, elle avait un anneau, enfin elle a un anneau, et elle a repris du poids.

- D'accord.

- Parce que pareil, elle est un petit peu instable au niveau psychologique, euh… c'est plus mon regard sur la façon dont ils perdent du poids. Après sur le patient je n'ai pas de jugement, je pense pas. C'était un jugement que vous vouliez dire ?

- Non, pas forcément, voilà, du ressenti, du… ce que vous vous avez pu observer dans…

- Je suis inquiet pour ceux qui perdent du poids, parce que, en général, c'est plus de l'attitude. Je me dis que on s'expose à d'autres euh, d'autres maux.

- Donc ça c'est dans le cadre de celui qui a eu recours à la chirurgie ?

- Oui, oui tout à fait.

- D'accord.

- J'ai eu des remarques étranges, mais plusieurs fois, de l'épouse qui était déstabilisée parce que le mari, qui habituellement avait un bon coup de fourchette et puis qui passait, hé bien, qu'il mange qu'une demi patate et puis qui est rassasié, et du coup l'épouse qui…. Ouais voilà. Et puis de voir changer le, de changer physiquement, de perdre dix kilos par semaine, enfin les, passer de 160 kg à 90 kg, voyez !

- D'accord. Donc du coup vous dans votre pratique qu'il soit opéré ou non opéré est-ce que ça change quelque chose ?

- Au niveau de la vigilance, du suivi, euh… Oui pour ce que je vous ai expliqué sur le, en terme de carences.

- Ouais.

- Peut-être que je vais avoir plus tendance à vérifier l'hémoglobine ou vérifier je sais pas quoi, une carence quelconque chez quelqu'un qui a été opéré. Évidemment, en post-op immédiat, je vais me poser la question de…, ben d'un risque, d'une complication de la chirurgie. Euh si, je me pose toujours la question pour les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les choses comme ça après, même longtemps après. Euh… sur la prescription d'anti-inflammatoires, sur quand ils ont des douleurs abdominales, quand ils ont des vomissements, quand ils ont des, des troubles digestifs. C'est vrai que je vais avoir à l'esprit cet antécédent, et ça va modifier un petit peu ma façon de prendre les choses en charge.

- (blanc). Vous avez des personnes obèses dans votre entourage ou pas ?

- En surpoids ou obèse ?

- Obèse.

- Obèse, non.

- Et en surpoids ?

- Oui, vous aviez un petit peu la réponse. (rires)

- (rires). Et comment vous les percevez ceux qui sont en surpoids dans votre entourage?

- Bon, ben, y a pas de cachotteries, c'est ma femme hein, entre nous, mais que j'adore hein, et qui, j'ai aucun jugement de valeur. On a des enfants, et voilà elle le vit, elle, assez mal. Euh, non je dirais que là, c'est bien puisque je la trouve belle elle, comme elle est donc euh. (rires)

- (rires)

- Après elle, en surpoids je, si enfin si, cliniquement sur l'IMC elle l'est… euh… je, c'est ma femme, je n'ai pas du tout le même rapport avec elle que si elle était dans mon cabinet et qu'elle arrivait avec la doléance du poids. Puisque moi je la rassure plutôt par rapport à ça, elle comme elle est, parce qu'elle me plaît telle qu'elle est, et puis voilà. Elle arriverait dans mon cabinet j'aurais plutôt tendance à lui dire « oui, votre santé est en danger, modérément parce qu'il y a pas de, voilà, on n'est pas dans un cas d'obésité morbide », mais je lui donnerais certainement des conseils euh…

- Vous lui diriez de faire attention etc.

- Oui, ce que je ne me permets pas de dire à la maison. Le rapport n'est pas le même, je n'ai pas la même casquette.

- Et si vous, ou l'un de vos proches, vous aviez une obésité mais avec les critères d'indication de la chirurgie, qu'est-ce que vous décideriez ?

- Si y avait, si c'est quelqu'un qui est équilibré psychologiquement, euh, qui a essayé de faire attention et qui fait attention, qui n'a pas essayé, qui est parvenu à diminuer ses apports caloriques, à éventuellement faire une activité sportive adaptée, enfin si tout a été tenté, oui, sans hésiter je dis oui.

- D'accord, comme pour vos patients finalement.

- Comme pour mes patients.

- D'accord. Et vous, est-ce que vous avez déjà eu des problèmes de poids ou pas, auparavant ?

- (éclats de rire!). Oui, j'ai fait une couvade !

- C'est vrai ? (rires)

- Donc j'ai fait 90 kg mais que j'ai perdus relativement rapidement. Non, grosso modo j'ai pas vraiment eu de…

- Et vous avez eu un vécu particulier de prendre du poids comme ça ?

- Il y a des remarques, alors c'était très momentané parce que ça a duré le temps de la grossesse de ma femme, et puis peut-être, allez au total un an on va dire, une petite année. Et euh… il y avait, oui y a deux ou trois remarques qui m'ont blessé, alors c'était quand on porte une chemise et puis qu'on est boudiné -parce que j'avais pas tout changé évidemment, j'avais pas tout racheté- et puis voilà des remarques qui peuvent être blessantes de la part de l'entourage. Qui sont sur le ton de l'amusement, mais qui au fond, euh, ouais, qui en fait, on se dit « mais M****, c'est effectivement blessant ! ». Et on se rend pas compte parce qu'on a tendance à plaisanter, alors pas forcément avec des gens obèses, mais avec des gens qui ont pris un petit peu de poids, qui ont un peu de ventre ou etc. Et donc, du coup, quand on est de l'autre côté et que c'est perçu, c'est vrai que c'est désagréable, déstabilisant.

- D'accord. Oui donc, du coup, vous avez rencontré des problèmes principalement avec les vêtements…

- Euh oui. Alors y a une fois où je courais, c'était chez mes beaux-parents, c'est ridicule, y avait une petite pente, et je n'ai pas réussi à m'arrêter. (rires). Donc je me suis écrasé dans la haie de thuyas

parce que j'avais, ben j'avais mal anticipé le truc. Et puis voilà, je m'étais fait un peu mal à la cheville, enfin des choses comme ça. Mais je me suis dit qu'effectivement c'était euh, parce que là c'est anecdotique, mais enfin ça a vite fait d'avoir des conséquences.

- D'accord.

- J'ai été emporté par mon élan !

- Oui, pas la même inertie que d'habitude.

[partie personnelle : va voir si le technicien a besoin de lui]

- Je voulais savoir, globalement, par rapport à l'obésité, vous êtes à l'aise ou pas trop ?

- Pas trop (très franchement). Globalement je suis euh, non du coup, d'en discuter avec les gens, c'est vrai qu'on touche à leur physique, on touche à quelque chose qui est globalement assez intime, on connaît pas toujours le vécu qu'ils ont par rapport à ça, euh, du coup d'aborder le sujet c'est, disons que j'y vais pas… Y a des choses on peut y aller franco, on sait qu'il n'y a pas de soucis, c'est vrai qu'en général je, j'y vais un peu comme sur des œufs quoi, je suis… J'attaque pas en frontal quoi.

- Par contre vous l'abordez quand même à chaque consultation ? Enfin vous ne vous dites pas « j'en parlerai la prochaine fois », vous y allez quand même?

- Alors si je suis amené à parler de ce problème, je vais prendre l'exemple de quelqu'un qui va avoir un problème de genou, un problème de voilà, je, je vais pas y aller d'emblée. C'est-à-dire que je vais dire « ben oui, effectivement, y a peut-être de l'arthrose, y a peut-être je sais rien moi etc », je vais faire ce qu'il faut, et puis après ben je vais lui dire « ben après sur les genoux vous savez que le… », alors je vais pas employer le terme « obèse » par exemple, je vais dire le problème d'être en surpoids ou alors suivant le niveau je vais parler de surcharge pondérale ou… je vais pas dire « trop gros » par exemple.

- Le choix des mots.

- Oui, le choix des mots. Je vais faire vraiment attention. J'essaie de ne pas vexer, parce que là du coup oui, je sais qu'il y a des gens qui sont assez, et puis qui se braquent… (il fait le geste de se fermer)

- Qui se ferment un petit peu…

- Je vais en parler et puis, alors il est vrai que si après eux ferment la porte, le sujet, ouais si vraiment ils veulent pas en causer, ben moi non plus, je veux pas non plus insister lourdement.

- Et vous retentez la prochaine fois ?

- Et je retente régul… Mais de toute façon, après il ne faut pas se voiler la face hein, quelqu'un qui a un problème, je vais, encore une fois je vais pas faire de statistiques comme ça mais, on voit quand même plus de gens, de patients dans les cabinets médicaux qui sont obèses ou en surpoids, c'est un vrai facteur de risque au niveau santé, c'est un vrai problème quoi.

- Ouais. On en voit beaucoup…

- On en voit, beaucoup.

- J'ai oublié de vous demander votre poids et votre taille…

- 1mXX et … soixante… Est-ce qu'il y a une balance ?

- Oui, il y en a une.

(se lève et va monter sur la balance quand la secrétaire arrive pour lui poser une question).

- Quatre-vingt-un.

[interruption par le technicien]

- Je voulais juste revenir sur l'examen clinique avec une personne obèse. Est-ce qu'il y a des choses qui sont un peu particulières pour vous ? L'examen physique...

- C'est une contrainte. C'est beaucoup plus compliqué.

- Techniquement ?

- Techniquement ben, par exemple, moi je sais pas, de palper une splénomégalie, une hépatomégalie, la palpation abdominale en particulier. Examiner un genou.

- Oui.

- Quand vous avez euh, ben faire un Lasègue… Des fois quand ils ont, quand c'est quelqu'un qui est fort fort fort, enfin fortement costaud, c'est… enfin, faut la soulever quand même la jambe !

- Oui, c'est vrai.

- Mais le genou, oui, c'est difficile. On sent beaucoup moins les reliefs, ils ont une amplitude articulaire qui est limitée du fait de, de l'obésité quoi, des tissus. Donc euh oui essentiellement voilà.

- D'accord.

[partie personnelle]

VIII. Références bibliographiques

1. Santé publique France. Etude ESTEBAN 2014 - 2016 : Stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte. 29 juin 2017;Numéro 2017/26.
2. Schaaf C, Iannelli A, Gugenheim J. État actuel de la chirurgie bariatrique en France. E-Mém Académie Natl Chir. 2015;14(2):104–107.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Principaux repères sur l'obésité et le surpoids. Principaux faits et chiffres, définitions, causes et conséquences sur la santé des individus, morbidité, recommandations pour les prévenir, action de l'OMS. Aide-mémoire numéro 311. 2017.
4. INSERM, KANTAR HEALTH, ROCHE. ObEpi 2012: Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. 2012.
5. INSERM, Basdevant A. Obésité: une maladie des tissus adipeux. 2014.
6. Schoeffler M, Nord GH, LYON C. ICAR 2010 Techniques de chirurgie bariatrique: Conséquences Anesthésiques.
7. Quilliot D, Roché G, Mohebbi H, Sirvaux M-A, Böhme P, Ziegler O. Prise en charge de l'obésité de l'adulte. Presse Médicale. sept 2010;39(9):930‑44.
8. Schlienger J-L. De la chirurgie bariatrique à la chirurgie métabolique: une histoire en devenir Partie 1. L'histoire de la chirurgie métabolique. Médecine Mal Métaboliques. 2015;9(8).
9. Schlienger J-L. De la chirurgie bariatrique à la chirurgie métabolique: une histoire en devenir Partie 2. L'histoire de la chirurgie métabolique. Médecine Mal Métaboliques. 2015;9(8):811–816.
10. Schiesser M. La chirurgie de l'obésité en mutation. 2015;
11. Quilliot D, Ziegler O. L'appréhension médicale des résultats de la chirurgie bariatrique: leçons de l'étude SOS. Obésité. juin 2008;3(2):78‑88.
12. Haute Autorité de Santé. Obésité: prise en charge chirurgicale chez l'adulte. 2009.
13. Pinard M. Chirurgie bariatrique en Franche-Comté: devenir des patients dont les dossiers ont été discutés en réunion de concertation pulridisciplinaire de chirurgie bariatrique entre 2009 et 2013. 2016.
14. Carof S. Les représentations sociales du corps «gros». Un enjeu conflictuel entre soignants et soignés. Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé. 2017;(14).
15. Mannoni P. Les représentations sociales: «Que sais-je?» n° 3329. Presses universitaires de France; 2016.
16. Poulain J-P. Sociologie de l'obésité. Presses universitaires de France; 2009.
17. Rouquette M-L, Rateau P. Introduction à l'étude des représentations sociales. In: Presses universitaires de Grenoble. 1998.
18. Dargent J. Le corps obèse, obésité, science et culture. In: Champ vallon. 2005.
19. Barthassat V, Lagger G, Golay A. Représentations, comportements et obésité. Rev Med Suisse. 2008;(4: 848-53).
20. Soum R. Approche des représentations de l'obésité en médecine générale. Une étude qualitative à Paris. Université Pierre et Marie Curie; 2014.

21. Galand C, Salès-Wuillemin E. Oncosociologie et oncoSHS. Bruxelles: Éd. de Boeck; 2010.

22. Grangeard C. Le poids des représentations: « transfert et contre-transfert » en chirurgie bariatrique. Obésité. déc 2007;2(4):318‑23.

23. Degrange S, Legrand C, Pétré B, Scheen A, Guillaume M. Représentations individuelles et attribuées de la prise en charge de l'obésité au sein de la triade patient/soignant/famille. Médecine Mal Métaboliques. 2015;9(6):559–565.

24. Bocquier A, Paraponaris A, Gourheux J-C, Lussault P-Y, Basdevant A, Verger P. La prise en charge de l'obésité: Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA; résultats d'une enquête téléphonique. Presse Médicale. 2005;34(11):769–775.

25. Drémont M. Analyse comparative des représentations entre les attentes réelles des patients en obésité et celles que leur attribuent leur médecin généraliste. Université Pierre et Marie Curie; 2015.

26. Sester L. La perception de l'obésité par les infirmières a-t-elle un impact sur les patients obèses ainsi que sur la qualité des soins. 2016.

27. Thuan JF, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. Int J Obes. 2005;29(9):1100–1100.

28. Avidor Y, Still CD, Brunner M, Buchwald JN, Buchwald H. Primary care and subspecialty management of morbid obesity: Referral patterns for bariatric surgery. Surg Obes Relat Dis. mai 2007;3(3):392‑407.

29. N-Guyen Thi Attias T-T. Les représentations de la chirurgie bariatrique chez le médecin généraliste. Faculté de médecine de Marseille; 2012.

30. Lehr-Drylewicz, A-M, Renoux C, Savan L, Lebeau J-P. La prise en charge du surpoids en médecine générale: mission impossible? Exercer. 2010;21:94:132-7.

31. Duret O. Difficultés d'abord de l'obésité en consultation de médecine générale. Etude qualitative transversale réalisée en Franche-Comté. 2013.

32. ORS Bourgogne-Franche-Comté. La filière de prise en charge de l'obésité chez l'adulte en Bourgogne-Franche- Comté. Diagnostic régional et pistes d'actions. 2018.

33. Wallaert E, Boulot P. Les dix points essentiels de la chirurgie bariatrique et obstétrique. Rev Médecine Périnatale. mars 2013;5(1):58‑63.

34. Da Silva Pires E, Jacobi D, Couet C. Médecins généralistes et chirurgie bariatrique : une enquête qualitative. Obésité. déc 2012;7(4):240‑9.

35. Inspection générale des affaires sociales. Evaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010 -2013. 2016 juill.

36. Cornet P. Corps obèse et société. Regards croisés entre médecins et patients. Thèse de sociologie, Université Paris Est Créteil Val De Marne; 2015.

37. Godeau P. Les Héritiers d'Hippocrate: mémoires d'un médecin du siècle. Flammarion; 2000.

38. Ziegler O. Quelle nouvelle classification pour une prise en charge personnalisée? JABD. 2014;

39. HAS. Parcours des candidats à la chirurgie de l'obésité. 2009.

IX. Table des matières

Sommaire 1

Liste des abréviations 3

I. Introduction 5

II. Revue bibliographique 7

A. Obésité 7

B. Chirurgie bariatrique ou chirurgie de l'obésité 11

C. Les représentations : 16

III. Matériel et méthode 23

A. Type d'étude : recherche qualitative 23

B. Population étudiée et constitution de l'échantillon 23

C. Trame d'entretien et analyse 25

IV. Exposition des résultats 29

A. Facteurs principaux qui semblent influencer les représentations 29

B. Représentations de la chirurgie bariatrique 39

C. Représentations des patients allant à la chirurgie 60

D. Impact potentiel des représentations sur le soin 72

V. Discussion 83

A. Sur la méthode 83

B. Sur les résultats 84

C. Perspectives : 90

VI. Conclusion 93

VII. Annexes 97

A. Parcours des candidats à la chirurgie bariatrique (2009, HAS) 97

B. Echelle EOSS « Paramètres permettant de définir les 5 stades de l'EOSS » 98

C. Entretiens retranscrits : quelques exemples 99

VIII. Références bibliographiques 155

IX. Table des matières 157

Permis d’imprimer

RÉSUMÉ

Nom – Prénom : MOUREAUX Cécile

Thèse soutenue le : 13 mars 2018

Titre de la thèse : **La chirurgie bariatrique et les patients qui en bénéficient: représentations chez les médecins francs-comtois et impact sur le soin**

L'obésité est une maladie chronique d'évolution pandémique, et l'excès de poids concerne près de la moitié des français en 2015. Les régimes n'ont pas prouvé leur efficacité et la meilleure connaissance du rôle métabolique du tissu adipeux permet de mieux comprendre les limites à la perte de poids. La chirurgie bariatrique est actuellement l'approche la plus efficace à moyen terme dans l'obésité sévère, expliquant l'enthousiasme actuel des patients. Cependant, elle reste mal connue, échoue, voire entraine des comorbidités parfois invalidantes. Les médecins, confrontés à ces deux aspects de la chirurgie, en ont probablement des perceptions différentes. Nous avons souhaité étudier les représentations que les médecins francs-comtois ont de la chirurgie bariatrique et des patients qui en bénéficient et connaître leur influence sur le soin. Nous avons réalisé une étude qualitative, avec entretiens semi-dirigés, de quatorze médecins généralistes et spécialistes de Franche-Comté, membres ou non du réseau de chirurgie bariatrique. A l'image de la population générale, les médecins expriment des représentations négatives et péjoratives à l'égard des personnes obèses, qui, inconsciemment, comme d'autres facteurs, retentissent sur leur pratique quotidienne. Elles influencent leur perception de la chirurgie et des patients en bénéficiant. Les médecins manifestent des ambivalences : une obligation de parler du poids mais une réserve, une conscience de l'efficacité de la chirurgie mais des craintes majeures qui les conduisent à ne la proposer qu'en dernier recours, la place centrale des généralistes dans le parcours mais leur faible implication, des patients motivés *versus* des patients qui y voient une solution de facilité (entrainant une majoration de leurs exigences et une augmentation des perdus de vue), un devoir de soigner les obèses mais une incapacité à le faire, et une volonté de soigner tous les patients de la même façon tout en les traitant différemment. Ces résultats ne prétendent pas être exhaustifs mais ils ouvrent des pistes de réflexion. Une meilleure formation des médecins, et un travail de réflexion sur la relation de soin favoriserait une prise de conscience de ces représentations, et ainsi davantage d'empathie pour ces patients qui souffrent de stigmatisation. Ce changement permettrait une prise en charge singulière et de meilleure qualité, et probablement de meilleurs résultats dans la prise en charge de l'obésité.

Mots clés : Chirurgie bariatrique, Patient obèse, Obésité, Représentations, Médecins, Impact sur le soin