Pr Patrick Ritz

Je ne veux plus être gros !

Et si je me faisais opérer ?

Editions du Caillou
Toulouse

NA
Not on Amazon

Je ne veux plus être gros !

Et si je me faisais opérer ?

Pr Patrick Ritz

Biographie

Patrick Ritz est Professeur de nutrition clinique au CHU de Toulouse, membre de l'académie de chirurgie, et dirige le centre intégré de l'obésité de Toulouse, l'un des 5 centres de référence nationaux. Dans ce centre sont accueillis des patients avec une obésité sévère et multi-compliquée, à tous les âges de la vie : des enfants (avec le Pr Tauber et son équipe), des adultes ou des personnes âgées de plus de 65 ans (avec le Pr Vellas).

Son intérêt pour la chirurgie date des années 1990, quand il a commencé à préparer des patients avec le Dr Becouarn à Angers.

Depuis qu'il travaille à Toulouse, l'accent est mis sur toutes les stratégies qui autonomisent les personnes obèses dans la gestion du quotidien. Pour cela des programmes spécifiques d'éducation thérapeutique sont proposés. Ils ont été élaborés par les membres de son équipe et dans le cadre d'un partenariat avec le Dr Sanguignol et le Pr Hanaire.

Ce livre est le scénario de vidéos écrites dans ce contexte et pour le MOOC « Chirurgie de l'obésité ». Des épisodes de la préparation de 3 patients sont mis en scène avec des illustrations de Jasmine Terrou.

Table des matières

Introduction....7
Chirurgie de l’obésité....8
Comment parcourir ce livre ?....10
Partie n° 1 - La chirurgie, pour qui ?....11
Introduction....13
Gaëlle....14
Paul....18
Julie....24
Synthèse....30
Partie n° 2 - La chirurgie est efficace....31
Introduction....33
Gaëlle....34
Paul....40
Julie....50
Synthèse....56
Partie n°3 - Ça change la vie !....57
Introduction....59
Gaëlle....60
Paul....70
Julie....82
Synthèse....89
Partie n°4 - Le parcours....91
Introduction....93
Gaëlle....94
Paul....104
Julie....116
Synthèse....127
Partie n°5 - Les techniques chirurgicales....129
Introduction....131
Gaëlle....132
Paul....142
Julie....150
Conclusion à cet ouvrage....161

Introduction

Chirurgie de l’obésité

Bonjour. Nous sommes à quai, prêts pour le départ de ce voyage dans le monde de la chirurgie de l'obésité.

Notre objectif, notre destination, est de découvrir ensemble que la chirurgie est un traitement de l'obésité. Ce traitement, une fois effectué, transforme la vie de la personne opérée. Pour cette dernière, la vie ne sera plus comme avant, quoi qu'il arrive.

Comme pour tout traitement, il faut au préalable réfléchir, peser le pour et le contre, évaluer les avantages, les inconvénients, les risques. Un aspect particulier de ce traitement est qu'il n'est pas possible de l'oublier, comme ce serait le cas d'un comprimé.

Le traitement est là. Définitivement. Et il entraîne des contraintes. La personne concernée va donc se positionner clairement en faveur de ce traitement, ce sera son choix, ce qui est peu courant en médecine.

Pour toutes ces raisons, il y a donc un parcours à réaliser, et c’est ce que nous allons aborder au cours de ces cinq parties.

Comme pour tout traitement, il y a des indications – c'est-à-dire à qui ce traitement est destiné –, et il y a des contre-indications – c'est-à-dire les circonstances où ce traitement ne peut être appliqué. C'est ce que nous allons voir au cours de la première partie.

Pour tout traitement, nous aimons être certains de son efficacité. Nous avons maintenant à notre disposition des études de recherche médicale qui ont analysé l'efficacité de la chirurgie de l'obésité sur le poids, bien sûr, mais aussi sur d'autres maladies fréquemment associées à l'excès de poids, comme le diabète. C'est ce que nous allons voir au cours de la deuxième partie.

Sur la notice d'une boîte de médicaments, on parle aussi de précautions d'emploi. Parfois, la recherche médicale permet de montrer qu'un traitement initialement destiné à une maladie s’avère efficace sur une autre, voire être ou non compatible dans certaines circonstances. C'est ce que nous allons voir dans une étape appelée "ça change la vie" où nous abordons les conséquences sur la vie de tous les jours, mais aussi sur la vie des jours inhabituels : le repas de famille, le projet de grossesse…

Dans une quatrième partie, nous allons parler d’éducation thérapeutique et de parcours, car le chemin que prend le futur opéré présente plusieurs étapes. On pourrait voir ces étapes comme Caen, Clermont-Ferrand, Angers ou Toulouse. Ou bien comme le pneumologue, le psychiatre, le diététicien… En

fait, entre ces étapes, il y a aussi le chemin lui-même, et comme le disait le poète espagnol Machado :

"Caminante, no hay camino, se hace camino al andar."

Ce qui donne en français :

"Toi qui marches, ce sont tes traces qui font le chemin, rien d'autre

Toi qui marches, il n'existe pas de chemin,

Le chemin se fait en marchant.

Et lorsqu'on se retourne, on voit le sentier que jamais, on n'empruntera à nouveau."

Qu'est-ce que cela veut dire ? Eh bien que la personne qui a opté pour ce traitement chirurgical s'engage dans une démarche, un chemin. Cela veut dire que cette personne va prendre sa décision sur la base des avis qui lui sont donnés, mais aussi sur la connaissance, les informations, et les compétences (c'est-à-dire les savoir-faire) acquises au cours du parcours.

La fameuse réunion de concertation pluridisciplinaire qui valide le projet concrétise en fait le permis de construire ou de conduire d'une nouvelle vie, c'est-à-dire appréhender les pourquoi, les quand, et les comment.

Enfin, dernière étape, nous verrons les interventions elles-mêmes, les techniques, les risques, la surveillance et le suivi péri et postopératoire. Nous serons alors arrivés à destination.

Ce livre est la série de dialogues et de scenarii élaborés pour raconter le parcours de trois personnages, illustrés par des dessins de Jasmine Térou. Ces dialogues illustrent le parcours, les difficultés, les doutes, les désirs de ces trois personnages, et les interactions avec les soignants qu'ils rencontreront. Ce livre n'est donc pas une reproduction des recommandations de la Haute Autorité de Santé, mais une narration. L'objectif est que le lecteur vive ces expériences, voire s'identifie à toute ou partie de ces personnages. Ce livre ne se limite pas à visualiser ce que fera le chirurgien à l'estomac et à l'intestin, mais veut vous faire partager le processus riche de prise de décision des personnes et des soignants. Acceptons ici le principe qu'en chemin il y ait des étapes que nous ne visiterons pas. Nous ne voulons pas faire une encyclopédie.

Cela implique un engagement de tous et non seulement la répétition de bons conseils… car comme disait Einstein : La folie, c'est de se comporter toujours de la même manière et d'en attendre des résultats différents."

J'espère que ce voyage vous sera agréable.

Pr Patrick Ritz

Comment parcourir ce livre ?

Ce livre est découpé en cinq parties principales. Dans la première partie, vous découvrirez qui peut se faire opérer et qui ne le peut pas. La deuxième partie sera l'occasion d'aborder les bénéfices que l'on peut attendre de la chirurgie. Après avoir compris à quel point la vie change après l'opération (Partie n°3), vous découvrirez que la chirurgie s'inscrit dans un parcours parfois long, qui requiert un engagement fort (Partie n°4). Enfin, la dernière partie est consacrée aux techniques de chirurgie.

Partie n° 1 - La chirurgie, pour qui ?

Introduction

Cette première partie est consacrée aux indications et aux contre-indications de la chirurgie. Pour traiter ce sujet nous avons choisi de vous raconter le début de l'histoire de nos trois compagnons de voyage : Paul, Julie et Gaëlle. Paul ne s'est pas engagé dans un projet de chirurgie. Julie et Gaëlle sont sur le chemin de l'opération…

Comment Paul peut-il être aussi gros (plus de 200 kg) et quels risques court-il pour sa santé ?

Julie raconte son histoire de jeune femme, déjà bien compliquée, émaillée de multiples « régimes » et de bien des égratignures. Est-ce possible de se faire opérer dans ce cas ?

Gaëlle est une femme d'âge moyen, dont la santé est déjà affectée par son excès de poids. A ne regarder que cela, il y aurait une indication à la chirurgie, sans aucun doute. Et alors quel est le secret de Gaëlle ?

Vous allez donc découvrir le début de leur histoire. Je vous souhaite un bon moment avec ces personnages… Ah oui, au fait, vous pouvez commencer par le personnage que vous voulez, Paul, Gaëlle ou Julie…

Gaëlle

Saynète n°1

Gaëlle, 48 ans, pèse 132 kg pour une taille d'1,73 m. Elle est mariée et a deux enfants, une fille de 25 ans et un garçon de 12 ans. Elle est secrétaire dans une agence de voyage du centre ville de Toulouse. Elle a tenté de très nombreuses fois de perdre du poids. Jusqu'à présent, elle a toujours repris le poids perdu, et quelques kilos de plus à chaque fois. Elle a un collègue qui a bénéficié d'un bypass gastrique et qui a perdu 32 kg en un an. Elle n'en peut plus de cette situation, voudrait se faire opérer et a décidé d'en parler à son médecin traitant.

Saynète n°2

Le médecin traitant n'ayant eu qu'un seul de ses patients opérés, considère qu'il n'a pas l'expérience requise et propose une évaluation par une équipe spécialisée.

Gaëlle a donc consulté une endocrinologue qui a mis en évidence un diabète de type 2, mal équilibré, une élévation des enzymes hépatiques témoignant d'une stéatose hépatique. Elle n'a pas d'autres pathologies associées à l'obésité.

Puis Gaëlle a rencontré un psychiatre qui ne trouve pas de contre-indication et un chirurgien qui lui explique les deux types de chirurgies qu'il pratique (sleeve et bypass gastrique), ainsi que les avantages et inconvénients de chacune d'elles. Il a insisté sur le fait que Gaëlle devra signer un consentement. Son dossier sera discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire dans trois semaines. Gaëlle craint une réponse négative.

Saynète n°3

En fait, Gaëlle a omis de dire qu'elle mange parfois du chocolat. Il est vrai que la question ne lui a pas été posée directement, et qu'elle a préféré ne pas prendre de risque de refus en en parlant.

Gaëlle

Il faut voir une équipe spécialisée

A plusieurs reprises au cours de sa vie, Gaëlle a eu des pulsions alimentaires. Comment cela se traduit-il ? En rentrant le soir du travail, quand les enfants ne sont pas encore revenus de l'école et que son mari est encore au travail, elle perçoit l'envie de manger quelque chose. Elle va alors dans la cuisine, ouvre un placard et regarde vaguement ce qu'il y a. Rien de bien attractif sauf peut être un peu de chocolat. Deux ou trois carrés, qui aboutissent sans s'en rendre compte à toute la tablette.

A peine le temps d'avoir un peu de plaisir du goût de chocolat dans la bouche, que la sensation de honte l'envahit. « Tous ces efforts ruinés en quelques minutes où je ne contrôle pas, et ces kilos que je vais prendre ! », se dit-elle. « Si je me pèse demain, c'est sûr j'en aurai deux de plus. »Cette pensée ne la quitte pas jusqu'au retour des enfants. Quand ils sont là, elle s'occupe d'eux et oublie toutes ces pensées.

Cela arrive par période, 2 à 3 fois par semaine, sur des périodes de plusieurs semaines, puis elle reprend le dessus et arrive à se maîtriser, en éliminant le chocolat à la maison. Elle aimerait bien comprendre pourquoi elle se comporte comme cela, mais n'ose en parler à personne, ni à son mari, ni surtout à sa sœur diététicienne qui ne cesse de lui répéter des conseils d'équilibre alimentaire avec patience. Elle aimerait bien pouvoir lâcher ce morceau, être entendue, comprise peut-être. Elle pense qu'elle serait plus légère.

Perte de contrôle

Flute, t’es vraiment c… de tout foutre en l’air aussi facilement.

Paul

Saynète n°1

Paul est gros depuis longtemps. Il pesait déjà plus de 100 kg à 20 ans, et beaucoup de gens de sa famille sont comme cela. Son père et sa mère, maintenant âgés de 63 ans tous les deux, ont du poids en trop et du diabète. Du côté de son père, plusieurs de ses oncles font plus de 100 kg. Comme dit Paul : « Ce sont des italiens tailleurs de pierre, ils ont gagné 5 cm de taille à chaque génération, et il faut être costaud pour ce métier. »

Paul n'a pas très bien réussi à l'école. Il n'avait pas de bons copains, faisait souvent l'objet de moqueries, et surtout s’endormait volontiers l'après-midi après le repas. Non pas qu'il dormait mal, car il allait au lit de bonne heure (ses parents y veillaient). Mais après le repas à la cantine, il avait une fatigue soudaine, et il lui était impossible de rester éveillé.

À 30 ans, Paul se retrouve dans le service d'endocrinologie de l’hôpital avec un diabète brutal : 5 g de glycémie ! « Pas vu venir ! » commente-t-il. Ni une ni deux, l'endocrinologue lui impose un traitement avec cinq injections d'insuline par jour. « Ça pour une contrainte, c'est une P... de contrainte ! »

L’obésité à une composante familiale

Les apnées du sommeil existent aussi chez les enfants

Les complications de l'obésité.

Saynète n°2

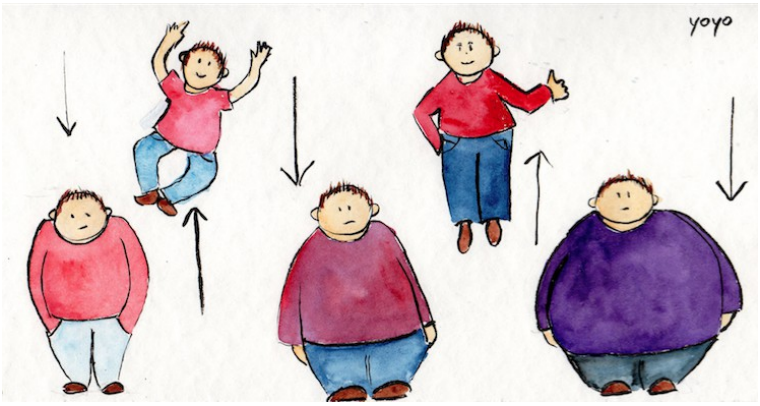
Paul a 42 ans et pèse 263 kg pour une taille de 1,80 m. Il souhaite effectuer un séjour dans un centre spécialisé (établissement de Soins de Suite et de Réadaptation, SSR spécialisé obésité. Ce SSR est très réputé). Au cours des 3 précédents séjours, Paul avait réussi à perdre 30 kg. La dernière fois, il a tenu un an à 220 kg. C'est sûr qu'il allait mieux. Il pouvait marcher sans limite, sans presque aucune douleur au genou. Son médecin avait réduit le traitement du diabète, et il n'avait plus besoin des injections d'insuline. Il ne lui restait que la machine la nuit pour le syndrome des apnées du sommeil.

Aujourd'hui, tout est revenu : l'essoufflement, le diabète, et les injections d'insuline.

Paul a choisi de ne pas se faire opérer, pas maintenant du moins. Il verra plus tard. Son endocrinologue le tanne… « Paul, faites vous opérer ! Vous n'aurez plus de diabète, peut-être plus de machine la nuit, vous pourrez refaire de la marche et aller chasser avec votre chien, et retrouver votre travail d'agent de sécurité ». Paul est en arrêt de maladie. Non, Paul ne veut pas.

Il veut bien essayer par lui-même pour trouver cette volonté qui lui manque, et après il refera de la marche, il pèsera à nouveau ses aliments, c'est promis. « Alors docteur, faites-la-moi cette demande de prise en charge pour le séjour spécialisé ! »

Alternatives à la chirurgie



Le yoyo

Chacun a le choix de sa stratégie de perte de poids

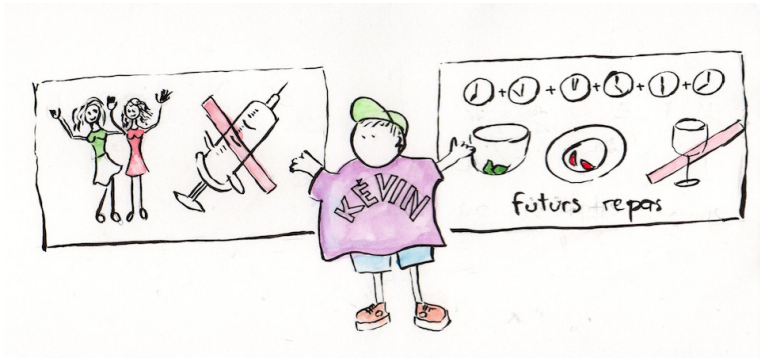
Saynète n°3

Paul parle avec son endocrinologue qu'il rencontre régulièrement pour son diabète. Il raconte qu'il a vu une émission sur la chirurgie de l'obésité chez les adolescents aux États-Unis. Il paraîtrait que des jeunes de 14 ans, faisant déjà bien plus de 150 kg, sont opérés par des chirurgiens spécialisés.

L'endocrinologue explique que l'obésité survenant à un très jeune âge abîme le corps, l'use prématurément et que certaines obésités sont difficiles à traiter. Ce type de solution très exceptionnel peut-être envisagé car c'est un compromis : d'un côté la contrainte et les frustrations, de l'autre une meilleure santé immédiate (surtout dans la relation avec les autres) et future (car cette obésité très importante ne manquera pas d'entraîner d'autres maladies, comme le diabète de Paul). Paul trouve cela incroyable de pouvoir opérer des jeunes gens qui ne mesurent pas ce que sera leur vie d'adulte avec un estomac coupé. Toute une vie de contrainte et de frustration, Paul ne peut pas accepter cela. Paul n'est pas d'accord.

Paul n'est pas d'accord non plus pour que des personnes de plus de 70 ans soient opérées de leur obésité. C'est dangereux. Il a l'exemple de son oncle, qui lui aussi a trop de poids. Quand il avait 59 ans, et qu'il pesait 142 kg, son oncle a rencontré un chirurgien puis un anesthésiste pour envisager une prothèse de hanche. L'anesthésiste a refusé de « l'endormir ». Trop de poids, de la tension artérielle, 59 ans, c'était un trop grand risque de se retrouver en réanimation au réveil. Comment envisager qu'on puisse se faire opérer à 60 voire 70 ans pour réduire le volume de l'estomac sans prendre un risque considérable ?

Différentes sources d’information



Chirurgie de l’obésité pour les adolescents

Julie

Saynète n°1

Julie, 27 ans, a pris 30 kg en cinq ans, après deux grossesses compliquées d'un diabète gestationnel. L'un des enfants est décédé trois jours après la naissance. Le deuxième a maintenant 5 ans. Julie travaillait dans un magasin de vêtements à Tarbes. Elle a pris un congé parental après la naissance du deuxième, Jonathan. Elle élève seule son fils et a du mal à joindre les deux bouts. Pensions alimentaires pas toujours versées (son ex est aussi à la recherche d'emploi), faible chômage, elle fait souvent appel à ses parents. Heureusement, ils n'habitent pas loin.

Elle ne trouve pas de travail et voudrait s'en sortir. Julie va dire que sa vie est merd... Elle reste à la maison, le plus souvent parce que toutes ses copines travaillent, et qu'elle n'a plus d'emploi.

Elle vit seule et pense que son excès de poids (104 kg pour une taille de 1,60 m) l'empêche de retrouver son travail de vendeuse. Elle va prendre rendez-vous auprès d'un chirurgien qui a une bonne réputation. Elle a lu sur un forum que le chirurgien est très habile, et qu'il fait réaliser rapidement un bilan très sérieux, ce qui minimise les risques.

Julie a eu un bilan réalisé dans la clinique de chirurgie. Lors de la conversation avec l'endocrinologue auquel le chirurgien l'a adressée, Julie dit que sa vie n'est pas très drôle. Elle veut se faire opérer pour retrouver le poids qu'elle avait avant les grossesses.

La vie est dure

S’en sortir

Saynète n°2

A l'école primaire, Julie était comme les autres une jolie petite fille. À 10 ans, avec le début de la puberté, elle a pris du poids. Elle et sa maman ont cru que c'était à cause de l'arrêt de la danse, qu'elle pratiquait deux fois par semaine, mais qu'elle avait dû arrêter, car ses parents avaient dû déménager. À ce moment, elle avait consulté auprès du réseau REPPOP, vu une diététicienne, et participé à des ateliers. Le poids n'avait pas diminué.

Vers 18 ans, elle avait fait un régime hyper-protéiné avec des sachets. Cela lui avait coûté de ne manger que cela pendant une semaine, mais deux kilos dans la semaine ! Elle s'était cru « guérie », avait arrêté les sachets et les kilos étaient revenus, à toute vitesse, en moins de 15 jours. À 20 ans, elle avait vu un médecin spécialisé, le même endocrinologue qu'elle va voir dans la clinique de chirurgie pour le bilan. Elle avait alors pu modifier son alimentation selon ses conseils, reprendre la Zumba et avait perdu 5 kg en trois mois. La vie était belle, 20 ans, 65 kg, vraiment jolie, heureuse avec son compagnon plutôt sportif. Un projet de vie à 2, de bébés, un emploi vraiment sympa. Tout était facile.

Prise de poids à l’adolescence

Maigrir est plus facile à 20 ans

Saynète n°3

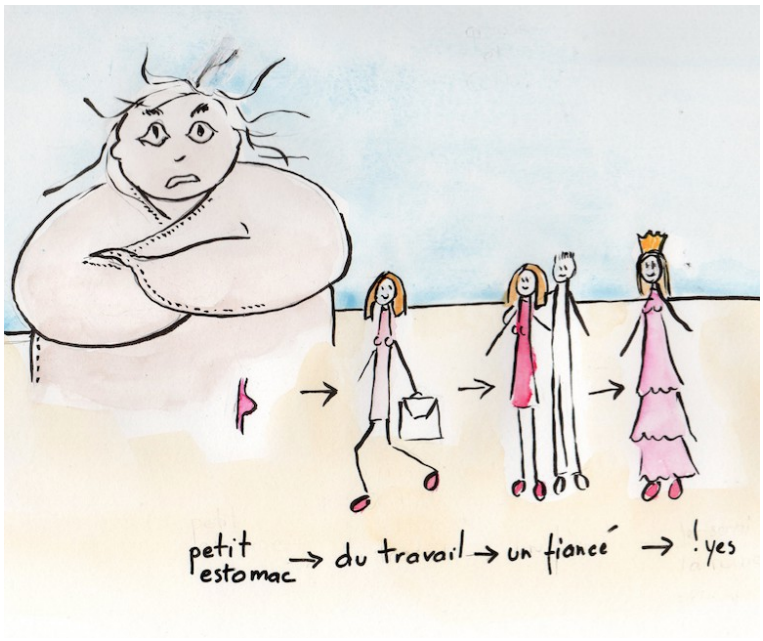
Depuis quelques années, Julie s'est bien rendu compte qu'elle avait tout le temps faim, mais avec un estomac plus petit ça ira mieux. Tout s'arrangera quand elle n'aura plus faim.

L'évaluation médicale confirme un indice de masse corporelle supérieur à 40 (40,6 kg/m2, 1,60 m pour 104 kg). Il n'y a pas d'hypertension artérielle, de diabète, de trouble du métabolisme des lipides (hypercholestérolémie ou hypertriglycéridémie), ou de syndrome des apnées du sommeil.

L'endocrinologue la trouve déprimée et le lui dit. Elle voudrait une évaluation psychiatrique.

Julie ne pense pas être déprimée. Elle pense que son moral va être grandement amélioré après l'opération. Elle n'a pas besoin d'un psy. Ça servirait à quoi d'ailleurs ? « Grosse et folle, j'aurai tout gagné… » De toute façon, ça ne lui ramènera pas son deuxième enfant. Elle sait bien que la chirurgie non plus, mais au moins avec la perte de poids, elle pourra trouver un travail et peut-être même trouver un beau-père à son autre enfant. Elle n'aura plus honte d'elle. Et puis, elle ne pense pas être vraiment déprimée, c'est son poids qui la déprime.

L'endocrinologue indique que de toute façon il faut une évaluation psychiatrique, que cela fait partie des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé, mais surtout que si dépression il y a, et que cette dépression empêche de contrôler son alimentation, cela créera une difficulté après l'opération. La dépression sera toujours là (peut-être aggravée, cela arrive parfois) et les chances de perte de poids durable seront réduites.



Les indications médicales de la chirurgie de l'obésité

Il faut une évaluation psychiatrique

Synthèse

Voilà vous êtes arrivé au terme de cette première étape. Bravo !

Vous voyez que les choses ne sont pas si tranchées. Il y a des patients comme Paul qui sans doute sont dans les indications et qui pourraient bénéficier de la chirurgie de l'obésité, mais qui ne le veulent pas. Il y a d'autres patients comme Julie ou Gaëlle qui veulent ce traitement et qui ne seront pas opérés tout de suite…

Il y a des situations où, sans être une contre-indication, des éléments nous incitent à la prudence, et éventuellement à reporter le principe de l'intervention à une date ultérieure, après une préparation spécifique. C'est le cas par exemple de la dépression, qui sans être une contre-indication absolue nous amène à un traitement spécifique pour minimiser les risques. La dépression peut récidiver après la chirurgie et ce n'est pas grave en soi, pourvu que le diagnostic soit fait et que le traitement soit mis en place.

Vous voyez donc que dès le début une relation de confiance est fondamentale pour que les patients disent leur difficulté, par exemple les troubles alimentaires de Gaëlle.

Les patients candidats à la chirurgie cachent parfois des symptômes par crainte que l'intervention ne leur soit refusée. C'est l'occasion de redire la philosophie de l'évaluation et de la préparation à cette chirurgie : minimiser les risques péri-opératoires, et obtenir le meilleur résultat possible à long terme. Cela veut dire prendre en compte toute la situation pour peser les risques et ne rien négliger qui ferait que le résultat serait moins bon. Ainsi, les troubles alimentaires de Gaëlle, parce qu'ils auront été traités, ne poseront pas de difficulté majeure en post-opératoire. Et si d'aventure, ils récidivaient, nous saurions avec Gaëlle, mettre en œuvre les traitements pour les soigner.

Partie n° 2 - La chirurgie est efficace

Introduction

Nous sommes au point de départ de la deuxième étape, celle qui évalue l'efficacité de la chirurgie. Une efficacité sur la perte de poids, mais pas seulement.

Vous allez découvrir que les opérés peuvent avoir d'autres bénéfices : sur les maladies associées à l'obésité, comme le diabète par exemple, sur ce que l'on appelle les facteurs de risque, comme l'hypertension artérielle, qui sont souvent associés à l'obésité et qui augmentent le risque d'un infarctus du myocarde par exemple. D'autres bénéfices vont vous être présentés, comme l'effet sur la mortalité ou sur l'incidence des cancers.

À l'opposé, nous allons revenir sur les effets moins connus des grands excès de poids, comme la stigmatisation, les moqueries et la dépression. On estime qu'une personne sur cinq environ parmi celles qui se font opérer est déprimée. C'est considérable et cela justifie l'intérêt.

Cette efficacité est établie aujourd'hui de façon rigoureuse par de nombreuses études. Nous insistons beaucoup sur l'étude suédoise – ou SOS –, parce qu'elle analyse désormais ce que deviennent les opérés sur 20 ans.

Nous allons retrouver nos personnages. Paul sera dans un établissement spécialisé, un SSR, puis avec son médecin traitant. Julie fait un pas très important dans son parcours en rencontrant le psychiatre qui diagnostique une dépression. Cela l'empêchera t’elle d'être opérée ? Et Gaëlle ? Gaëlle avance dans son bilan et se renseigne auprès de personnes déjà opérées ou en regardant une émission. Cela va-t-il la conforter ou la décourager de se faire opérer ? C'est ce que vous allez voir.

Gaëlle

Saynète n°1

Gaëlle lit un article sur Internet au sujet de la perte de poids après la chirurgie. Elle se concentre, mais ce n'est pas très facile. L'auteur de cet article parle de perte d'excès de poids. « Pas facile son truc ! » Gaëlle lit qu'après une opération qui réduit le volume de l'estomac, on peut espérer perdre 70 % de son excès de poids. « Mais, comment sait-on combien de kilos on a en trop ? Moi Gaëlle, je sais bien que j'ai trop de poids, 132 kg c'est beaucoup trop, c'est beaucoup plus qu'un nombre à deux chiffres. »

« Moi, mon désir, ce n'est pas d'être mince comme Miss France ou comme un mannequin. Déjà, 1,73 m c'est limite petit pour un mannequin ! Mais je ne ferai jamais 53 kg. D'abord, il y a si longtemps que je ne les ai pas faits, les 53 kg. Peut-être à 18 ans, quelques mois, après un régime. Moi, j'aimerais bien faire 70–80 kg et cet article ne me dit pas si ce sera le cas ou non. »

« Surtout, ce que je voudrais, c'est 70–80 kg sans en reprendre un seul de kilo, jamais plus ! Ne plus avoir à m'interroger si en montant sur la balance, elle me dira que c'est plus qu'avant-hier, au point de ne plus vouloir me peser. Je me prends à rêver que sans y penser une seconde, le poids serait en pilotage automatique, comme avec le régulateur de vitesse de ma voiture, 70-80 tout le temps, sans y penser. »

La perte de poids de la chirurgie

Devenir mannequin ?

La stabilité du poids

Saynète n°2

Gaëlle voudrait bénéficier d'un by-pass comme son collègue, avec lequel elle discute au téléphone.

Gaëlle : Bonjour monsieur, je vous appelle comme convenu pour avoir quelques informations au sujet de la chirurgie dont vous avez bénéficié.

Le collègue : Bonjour Gaëlle. Bien volontiers. Je vais vous parler de mon expérience.

Gaëlle : Alors, vous vous êtes fait opérer, en êtes-vous satisfait ?

Le collègue : Oui, je suis très content. Si j'avais su je l'aurais fait plus tôt !

Gaëlle : Vous aviez des maladies, comme du diabète avant votre opération ?

Le collègue : Oui, j'avais du diabète depuis huit ans et je me piquais avec de l'insuline. Pas trop, mais quand même une injection le soir au coucher, et les comprimés avant chaque repas. J'avais aussi de l'hypertension artérielle, deux comprimés en plus le matin. Tout cela me mettait la pression, car mon père et mon oncle sont décédés avant 50 ans d'une crise cardiaque. Tous les médecins que j'ai consultés disaient la même chose : votre risque cardio-vasculaire est très important, il faut perdre du poids pour diminuer ce risque, et mieux équilibrer votre diabète et votre tension artérielle. Tiens, je n'y pense même plus, mais quelle pression !

Gaëlle : Vous avez toujours la piqûre d'insuline ?

Le collègue : Et non ! Disparue ! Et les comprimés avec ! Quel soulagement ! En fait, ce n'est pas venu tout de suite. Je croyais que mon diabète disparaîtrait au lendemain de l'intervention, comme je l'ai lu sur un forum. En fait, j'ai même été déçu, car au bout de trois mois, il y avait encore les injections, même si la dose d'insuline était diminuée de moitié. Ce n'est qu'au bout d'un an environ que j'ai pu arrêter ce traitement. Pour la tension artérielle c'est un peu plus délicat, il me reste un seul comprimé. Mon médecin dit que c'est la perte de poids qui a permis tout cela. Moi je dis que c'est l'opération qui a tout fait disparaître.

Gaëlle : Les médecins la ramènent toujours avec la perte de poids. Je voudrais bien les y voir, s'ils avaient du diabète, de la stéatose ou de l'hypertension artérielle.

Le collègue : Oui c'est vrai Gaëlle, mais d'un autre côté, s'ils ne m'avaient pas tout le temps parlé de mon poids, je ne sais pas si je me serais fait opérer.

" Alors, vous vous êtes fait opérer ? En êtes-vous satisfait ? "

Rémission du diabète, amélioration des maladies associées à l'obésité

Le collègue : Au début, le diabète, la tension artérielle, le risque cardio-vasculaire, c'était comme un poids sur les épaules. Mon poids ne me gênait pas tant que cela. Je crois que s'ils n'avaient pas insisté, si je n'avais pas eu tant de difficultés à perdre du poids, je n'aurais même pas pensé à la chirurgie. Mais, tant mieux d'un côté.

Gaëlle : Merci bien. Ça m'aide ce que vous me dites. Ça me renforce dans ma décision. Au revoir et merci.

Le collègue : Avec plaisir, Gaëlle et bonne chance pour la suite.

Saynète n°3

Gaëlle regarde une interview au journal de 20 heures. Le Professeur Wizard vient de publier une étude dans un grand journal scientifique, au sujet du cancer et de la chirurgie de l'obésité.

Le journaliste : Professeur Wizard, vous êtes chirurgien à l'Impérial College de Londres, un des hôpitaux les plus réputés dans le monde. Dites nous comment vous est venue l'idée de cette étude !

Professeur Wizard : Bonjour. Notre hôpital est en effet très fameux. Comment cette idée m'est venue ? Tout simplement, par ce que nous savons que certains cancers, celui du sein et du colon en particulier, ont une fréquence plus importante chez les personnes obèses. Nous nous sommes demandé si la perte de poids induite par la chirurgie de l'obésité pouvait réduire le nombre de ces cancers.

Journaliste : Professeur Wizard vous avez donc opéré des patients avec un cancer ?

Professeur Wizard : non pas du tout, ce n'est pas autorisé d'ailleurs. J'ai bénéficié des bonnes relations que j'ai avec des amis suédois qui travaillent sur des cohortes de personnes dont la santé est surveillée dans une étude qui s'appelle SOS, pour Swedish Obesity Study

Journaliste : Et que dit cette étude ?

Professeur Wizard : Cette étude a été commencée il y a maintenant plus de 20 ans. Elle compare la santé de personnes opérées de leur estomac pour obésité, et celle de personnes non opérées.

Journaliste : Et les opérés ont moins de cancers ?

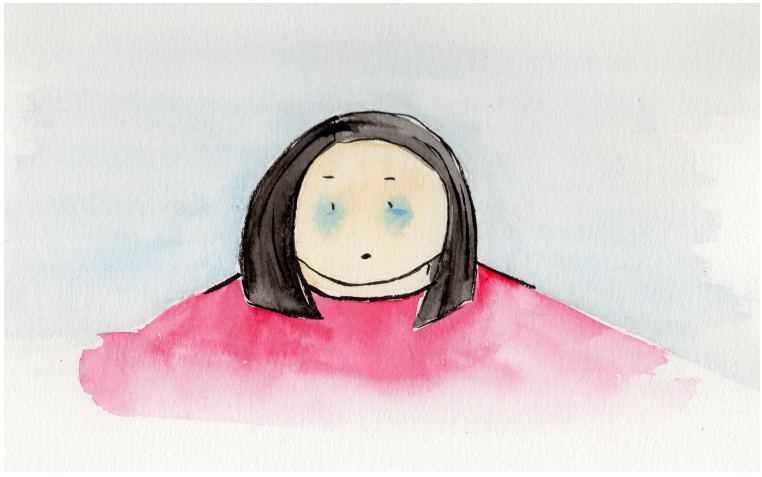
Professeur Wizard : Oui, c'est très exactement cela. Le nombre de cancers nouveaux apparus en 20 ans est réduit d’environ un tiers dans le groupe des personnes opérées. C'est une découverte fantastique. On ne connaissait pas de méthode pour réduire le nombre de ces cancers, hormis le dépistage pour un traitement précoce.

Journaliste : En effet Professeur Wizard, c’est un effet considérable que cette réduction d’un tiers du nombre de cancers. Pouvez-vous nous dire si cette chirurgie a d'autres effets aussi importants ?

Gaëlle est très touchée par cette interview, ce d'autant que sa sœur aînée a été soignée pour un cancer du sein. Elle se demande ce qu'elle doit en penser.

Des études montrent l’efficacité

C'est efficace sur les cancers



Gaëlle est très touchée

Paul

Saynète n°1

Paul se trouve dans un atelier d'éducation thérapeutique du SSR où son endocrinologue a accepté de l'adresser. L'atelier a pour thème l'obésité, la qualité de vie, et les maladies. C'est un groupe de parole, animé par une infirmière, Lili.

Lili a demandé à chacun si l'excès de poids était responsable de maladies comme le diabète et les apnées du sommeil. C'est au tour de Paul de parler.

Paul : Bon, c'est à moi, je n'ai pas bien l'habitude de parler en public. Quand même, je n'y crois pas beaucoup à cela que le diabète serait dû au poids ! Regardez, moi, j'ai perdu 30 kg après le dernier séjour ici. J'étais encore un peu gros… (Rires) Bon c'est vrai je pesais encore 220 kg. Je n'avais plus de diabète. Plus du tout ! Comme quoi on peut être gros et ne pas avoir de diabète.

Rémi, une des personnes du groupe demande alors à Paul : Comment ton diabète a-t-il pu disparaître si ce n'est pas la perte de poids ?

Paul : Ah ça, croyez-moi ou pas ! J'ai vu sur un site qu'il suffisait de changer son alimentation, en mangeant moins de gras, de charcuterie, de croissants ta ta ta, et de marcher 30 minutes par jour pour que le diabète disparaisse (ou s'améliore chez certains). C'est ce que j'ai fait. Donc, je fais le régime et je marche. Je reste gros, mais il n'y a plus de diabète. C'est donc bien l'alimentation et le sport qui ont tout fait.

Lili intervient alors pour poser une autre question au groupe : Avez-vous entendu parler de la chirurgie de l'obésité comme un moyen très efficace de perdre du poids ou de faire disparaître les maladies (diabète, apnées du sommeil…) ?

Les différentes personnes s'expriment et émettent des avis très divers. Les uns ont entendu dire que le diabète pouvait être en rémission, d'autres ont connu quelqu'un qui avait encore besoin d'une machine, la nuit pour respirer, ou des médicaments.

Paul : Bon, tout le monde n'est pas du même avis. Alors je vous donne le mien. Entre très grosses personnes, on se parle. Lors de mon dernier séjour ici, il y avait deux personnes qui avaient été opérées et dont le résultat n'était pas top. L'une avait eu une sleeve et n'avait rien perdu ; le chirurgien lui avait même dit (d'après elle) que son estomac avait repoussé ! (Rires)

Les croyances

Le poids ou le changement des habitudes ?

Paul poursuit : L'autre avait eu aussi une sleeve gastrectomie et avait perdu 30 kg, pour arriver à 190 kg. Elle restait grosse et déçue car elle pensait perdre plus. Du coup, moi je me dis que, comme j'ai perdu 30, si je fais un effort de plus je serai à 40-50 et ce sera aussi bien qu'avec la chirurgie, sans les risques et sans les contraintes !

Du coup, pourquoi se faire opérer ?

Des freins à la chirurgie : craintes et croyances

Saynète n°2

Paul regarde l'interview du Professeur Wizard. Le journaliste pose la question : Pouvez-vous nous dire si cette chirurgie a d'autres effets aussi importants sur la santé que l'effet sur le cancer ?

Professeur Wizard : Oui bien sûr. Nous savions déjà, par des études faites aux États-Unis et en Suède, que les personnes opérées de leur estomac pour obésité ont parfois une disparition de leur diabète et une réduction de la mortalité

Journaliste : Vous voulez dire que le diabète pourrait être guéri ?

Professeur Wizard : non, nous n'en sommes pas là. Ce qui est clair et démontré à de nombreuses reprises partout dans le monde, c'est qu'une personne avec un diabète de type 2 et une obésité sévère a environ 70 % de chances que son diabète n'ait plus besoin de traitement après la chirurgie de l'obésité.

Journaliste : Et pour les 30 % restants?

Professeur Wizard : Eh bien, pour ces 30 % de personnes opérées et diabétiques de type 2, le traitement est d'une part réduit – en nombres de comprimés par jour, ou en remplaçant l'insuline par des comprimés – et d'autre part plus efficace. Cela a même conduit le NICE, une agence de santé britannique, à s'interroger sur le bien-fondé de la chirurgie de l'obésité comme un traitement du diabète de type 2.

Journaliste : Et au-delà du diabète, quels sont les effets favorables de cette chirurgie ?

Professeur Wizard : On a bien montré maintenant une réduction de la mortalité. Des études épidémiologiques montrent que si l'on compare des opérés à des personnes de poids et d'âge identique à celui des opérés avant la chirurgie, c'est environ 40 % de morts en moins chez les opérés. Cela concerne la mortalité associée aux cancers, mais aussi celle liée aux maladies cardio-vasculaires.

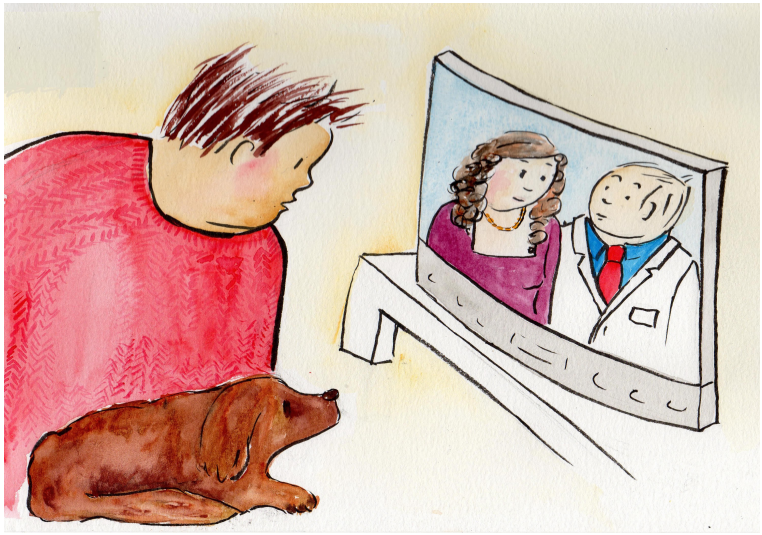
Journaliste : Tout cela est très impressionnant. J'imagine que cela vous conduit à conseiller la chirurgie à tous vos patients obèses.

Professeur Wizard : Non pas du tout, pas systématiquement du moins. Pour être opéré, en Angleterre, aux États-Unis, ou chez vous en France, il y a des procédures à respecter pour évaluer le bénéfice de l'opération, sur le poids bien sûr mais aussi sur la santé, mais aussi pour évaluer les risques et les contraintes que l'opération impose aux personnes opérées.

Journaliste : Professeur Wizard, je vous remercie.

Cette chirurgie a-t-elle d'autres effets aussi importants ?

Au minimum le diabète est mieux équilibré



Au-delà du diabète, la chirurgie diminue la mortalité liées aux complications de l’obésité

Saynète n°3

Paul vient d'avoir un stent sur une artère du coeur. Après la pause du stent, Paul va en établissement spécialisé pour « cardiaques ». Il y va une fois par semaine, emmené par un ambulancier dans un taxi-ambulance. Il y reste toute la journée et rentre le soir. Il participe à des ateliers d'activité physique, sur l'équilibre alimentaire et la gestion de son traitement. Il doit faire signer son « bon de transport » par son médecin traitant.

Lors d'une des consultations, il voit son médecin préoccupé et après une hésitation, ose lui demander : Quelque chose ne va pas, docteur ?

Le médecin : Non rien, Paul, tout va bien.

Paul : Ah bon, j'avais peur que vous ne vouliez pas signer ce bon de transport. Je dépends de vous pour cela.

Le médecin : Il n'y a pas de problème Paul, vous avez besoin de ce transport, comme de ces séances de rééducation.

Paul : Vous êtes gentil de me dire cela, docteur. L'ambulancier n'a pas tenu ce discours !

Le médecin : Que vous a t-il dit ?

Paul : Eh bien, il m'a dit que si j'étais moins gros, sans doute que cela ne me serait pas arrivé.

Le médecin traitant est embêté, et réfléchit à sa réponse en regardant Paul. Des émotions furtives passent sur son visage et Paul les perçoit. Paul baisse la tête et regarde ses pieds.

Le médecin : Paul, je vous connais depuis longtemps. À certains égards, vous êtes un mystère pour moi. Je crois que je sais faire avec quelqu'un qui a des maladies comme le cancer ou du cholestérol. J'évalue la situation, j'explique, je rassure si besoin, et je prescris le traitement. Avec vous Paul, c'est une autre histoire. Votre santé se dégrade : du diabète, des apnées du sommeil, maintenant un stent. Je me demande ce que j'ai raté. Comment j'ai fait pour tolérer votre poids, et ses risques. Je me demande aussi comment vous faites pour vivre avec tout cela.

Paul : Oui c'est compliqué. Quand j'y pense ça me rend très mal à l’aise. Certains jours quand je me vois en photo, quand je prends place dans la voiture avec de la peine pour y entrer, je me demande à quel moment je me suis endormi, pour me réveiller à plus de 200 kg. Mais c'est tellement perturbant de penser à cela que bien vite je pense à autre chose…

Silence.

Paul et son médecin traitant

Comment faites-vous pour vivre avec tout ce fardeau ?

Paul poursuit : Pensez-vous que si je perdais beaucoup de poids je pourrais être en meilleure santé ? Que le risque d'un infarctus serait diminué ? J'ai peur que cela se termine mal au bout du compte.

Le médecin : Je ne sais pas vous répondre précisément. Cela me paraît évident que la perte de poids améliore la santé. Est-ce que cela empêche la récidive d'un infarctus ? Je ne sais pas. Tenez, demain j'ai une réunion de formation, et il se trouve qu'il y aura votre cardiologue et votre endocrinologue. Je les connais bien. Je leur demanderai. Et on en reparle.

L’ambivalence de Paul

Julie

Saynète n°1

Julie est obligée d'aller chez un psychiatre, au Centre Médico-Psychologique auprès de chez elle. Elle craint beaucoup cette consultation.

Lors de la consultation, elle reconnaît qu'elle est déprimée depuis la mort de son nouveau-né, et qu'elle a rompu avec le père des enfants. Elle sait bien que la chirurgie ne ramènera pas son deuxième enfant.

Physiquement, ce n'est pas terrible non plus. Elle est lourde, rapidement fatiguée quand elle porte son fils dans ses bras pour monter l'escalier. Elle ne peut pas courir avec lui pour jouer au ballon au parc, et reste le plus souvent assise sur le banc pendant qu'il joue avec ses copains. Elle ne sort pas. Elle se trouve moche et sans le sou, et se demande comment elle va retrouver un compagnon. Déjà, si elle avait un emploi !

Le psychiatre lui demande à plusieurs reprises quels sont ses projets et Julie répond toujours la même chose : retrouver du travail et s'occuper de son fils. Il évoque qu'elle pourrait rencontrer d'autres personnes, prendre du temps pour elle. Julie aimerait bien mais n'a pas de temps ni d'argent pour cela. Il faut récupérer son fils à l'école, midi et soir, le raccompagner, le conduire à ses activités extra-scolaires. Il y a tant de choses à faire quand on est une mère célibataire, le ménage, les courses, s'occuper de son fils, visiter ses parents, que la journée est vite passée.

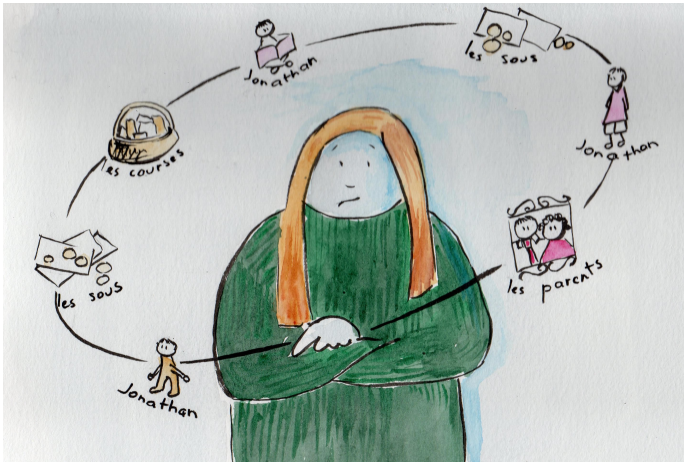
À plusieurs reprises le psychiatre lui dit que rien de tout cela ne l'empêche de s'occuper d'elle même. Julie met de côté son manque d'envie et de plaisir.

« Finalement, lui dit le psychiatre, vous vous sentez coupable de tout ce qui vous arrive. »

Long silence… Et brutalement Julie craque et pleure, longuement. Le psychiatre lui tend la boîte à mouchoirs et reste sans rien dire.

Julie s'excuse de pleurer, ce d'autant qu'elle n'est pas venue pour cela mais pour avoir un certificat pour que l'opération soit possible. Elle pense qu'elle n'a pas le droit de s'épancher sur elle-même ni sur sa vie. Elle dit cependant qu'elle pleure presque tous les soirs en repensant à la mort de son enfant. Elle se demande ce qu'elle n'a pas vu, ce qu'elle aurait dû faire et qu'elle n'a pas fait. Elle se dit parfois que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue et puis elle s'en veut en pensant à son autre enfant. Elle a des difficultés pour se concentrer et cela a certainement participé au fait que son employeur ne l'a pas gardée dans son dernier emploi.

Julie « tourne en boucle »



Prendre soin de soi, un projet nécessaire

Accepter et soigner sa dépression, étape nécessaire avant d’envisager une chirurgie

Saynète n°2

Julie a discuté par tchat avec un homme qui a été opéré et qui a dû adapter son poste de travail. Il était manutentionnaire dans une entreprise de BTP et son poids était vraiment un handicap pour toutes les tâches physiques qu'il devait réaliser : pelleter, porter, pousser la brouette. Plusieurs fois, il avait reçu des remarques au sujet de son poids et avait craint d'être licencié à cause de cela. Moins efficace, visible à cause de sa corpulence, c'était le bouc émissaire tout désigné pour un petit chef qui voudrait faire de l'autorité.

Après son opération, cet homme n'avait pas retrouvé cet emploi. Un mois d'arrêt de travail avait suffi pour justifier une compression de personnel… Et un licenciement.

Depuis, il avait été pris en charge par le service de médecine du travail de l'hôpital. Une formation lui avait été proposée, et il avait retrouvé un emploi, toujours dans le BTP, mais à un poste d'encadrement. L'aménagement de son poste consistait à lui permettre de prendre une pause dans la matinée et dans l'après-midi, pour prendre une collation.

Julie repense alors à la scène avec cette cliente revêche, qu'elle pense être responsable de son licenciement. Elle travaillait dans cette boutique depuis 3 années, aimait son travail, les clientes, ses collègues. Un jour de soldes, une cliente l'avait houspillée, alors qu'elle s'approchait de la cabine d'essayage pour proposer son avis. Pas directement bien sûr. Alors qu'elle proposait son aide, la cliente avait dit à la copine qui l'accompagnait : « Pfouh ! Comment elle se permet de me donner des conseils celle-là ».

Sa copine avait répondu : « Oui tu as raison. Tu as vu comment elle est fagotée ? »

Et la cliente avait poursuivi : C'est sûr que le 38, c'est sa température, vu ce qu'elle transpire… Ha-ha-ha !

Julie avait vu rouge et lui avait répondu, tandis que beaucoup d'autres personnes se trouvaient devant les cabines :

« Mesdames, je fais mon travail et je vous demande un minimum de respect pour cela. »

« Cause toujours ! » avait répondu la cliente revêche.

C’est efficace sur la discrimination

La cliente revêche

La perte de poids effacera-t-elle les stigmates

Saynète n°3

Julie tchate sur un blog.

Rat musqué : Il paré que kan on est opéré on a plus faim ?

Belette grise : Affirmatif ! J'ai un anneau à l'estomac et, depuis le premier jour, j'ai régulé facile ma satiété.

Belle la nuit : Ouaip belette, je tempère ton optimisme. En ce qui me concerne, c'est vomissement un repas sur deux ! Ça fait maigrir, je t'assure, mais c'est quand même pas drôle au quotidien.

Belette grise : Désolée pour toi Belle la nuit. As-tu vu une diététicienne depuis ton opération ?

Belle la nuit : Ouaip ! La gourde, elle ne sait que me répéter de manger dans le calme (j'ai deux enfants dont un autiste) et de mastiquer chaque bouchée. Je me demande si je ne vais pas enlever ce truc et demander un bail passe au chirurgien.

Julie pose une question : C'est quoi la satiété ?

DOKOP : Moi j'ai une Sleeve. Facile. C'est quand ton corps te dit que tu as assez mangé et que tu n'as pas besoin de plus.

Julie : Tu veux dire au cours d'un repas ou entre les repas ?

DOKOP : Au cours d'un repas ! L'estomac envoie des signaux au cerveau et dit qu'il est plein. C'est ça la satiété.

Julie : C'est pas l'inverse de la faim ?

DOKOP : Non pas tout à fait. Au cours du repas la faim diminue et la satiété augmente. La faim, c'est plutôt avant de passer à table, les sensations qui vont te pousser à manger.

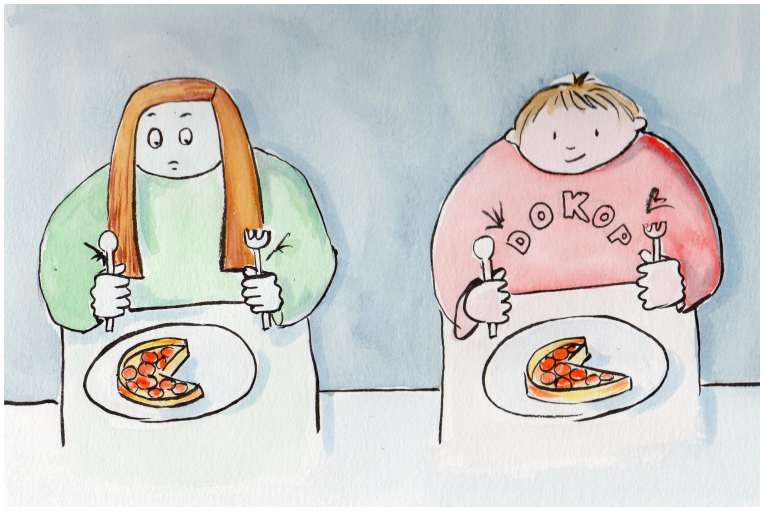
Julie : On dit que la faim diminue après les opérations.

Belette grise : Affirmatif, avec mon anneau, c'est clair que je n'ai plus faim.

Margot : Vrai ! Avec mon bypass gastrique je n'ai carrément plus faim. Même un peu dégoûtée des aliments. Et alors la satiété, fissa que j'ai picoré deux cuillères à café, que je suis pleine. Une de plus c'est la nausée, deux de plus = mal au bide comme un poids sur l'estomac… Stop j'arrête !

Belle la nuit : Moi j'ai faim tout le temps, des crampes plein le bide, des bruits à alerter les voisins de palier. Je mange pour calmer tout cela et je vomis… Satiété, connais pas ! C'est qui ? C'est quand ? C'est où ?

Le tchat



Faim, satiété, rassasiement ; quel discours ?

Synthèse

Voilà, nous sommes arrivés à quai. Bravo pour cette étape, qui je l'espère n'aura pas été trop difficile. Quels messages ai-je envie de vous transmettre ?

D'abord, vous l'avez compris, la chirurgie n’efface pas la maladie obésité et n'enlève pas tout le poids en excès. C'est un traitement efficace, mais la maladie reste là.

Elle est plus tolérable, la qualité de vie est meilleure, les maladies associées, les comorbidités, sont peut-être silencieuses, le risque (de crise cardiaque, de cancer, ou de décès) est sans doute réduit. Cependant il reste le plus souvent du poids en excès et éventuellement quelques traitements.

Le deuxième message est que l'opéré s’engage dans une nouvelle vie. Nous l’avons déjà évoqué.

La question est de savoir comment et sur quelle base s'engager ? Nous vous avons montré que les patients ont des croyances (perdre tout le poids, redevenir mince, comme l'évoque Gaëlle) ou bien, comme le suggère Paul, que l'excès de poids n’est éventuellement pas si grave pour la santé.

Les patients ont aussi une très grande envie, un très grand besoin de trouver une solution, durable et peuvent sembler pressés d'être opérés, ce que l'on devine chez Julie.

Pour s'engager sur le bon chemin, il faut savoir où ce chemin mène et c'est important de fournir des informations justes, issues de sources valides.

Aujourd'hui, nous connaissons mieux les avantages de l'opération. Dans la partie suivante, nous en verrons les contraintes, et donc les compétences ou les savoir-faire qu'il faut acquérir.

Partie n°3 - Ça change la vie !

Introduction

Nous sommes au milieu du voyage et cette partie est importante. Nous l'avons appelé « ça change la vie ».

Dans la partie précédente nous avons approché les bénéfices de la perte de poids induite par la chirurgie. Désormais, nous allons progresser dans l'engagement de la personne en parlant des compétences qu'il faut acquérir.

Comment définir ce mot de compétences ou savoir-faire ?

Gaëlle parle du prix à payer pour 32 kg de moins, et accepte des compromis. Cela dit beaucoup sur sa souffrance, si elle peut payer un aussi grand prix. C'est ce qu'elle explique à son mari pendant le voyage en voiture, lieu où il est si facile de se parler vrai ! Les contraintes seraient-elles le prix à payer ? Voyons de quelle contrainte il s'agit. Julie dit : « Je n'ai pas besoin de savoir cela, on me le dira après ». Peut-être, ou peut-être pas. Aura t-elle le temps et la disponibilité d'apprendre « sur le tas » ? Ne serait-il pas plus efficace d'apprendre avant, de tester avant et de se faire une idée ?

Coralie, une amie de Paul, va lui parler d'activité physique : combien, laquelle ? Et surtout comment trouver en soi la force, la motivation au changement ? J'aime bien ce que dit Coralie parce qu'elle a acquis une vision positive de la vie. Elle a appris à prendre soin d'elle, à ne pas se maltraiter, et elle découvre que c'est plus agréable et plus efficace.

Waouh ! Une révolution par les temps qui courent…

Gaëlle

Saynète n°1

Gaëlle part en week-end avec son mari, Jean-Pierre. Ils se rendent dans la maison de famille, à la campagne. Sur le chemin, ils vont prendre leur fille, Arielle, étudiante. Gaëlle est de plus en plus motivée par cette opération. Elle discute avec son mari dans la voiture. Jean-Pierre demande quels rendez-vous il reste avant de prendre la décision. Pour Gaëlle, tout est presque prêt : elle a eu des informations par le chirurgien et par le patient opéré ; elle a vu l'endocrinologue qui l'a convaincue un peu plus (rémission du diabète, de la stéatose) ; elle a l'avis favorable du psychiatre ; elle peut si elle le souhaite bénéficier d'une préparation supplémentaire par éducation thérapeutique (huit heures de stage) ou avec une diététicienne. Il restera une évaluation par le cardiologue, par le pneumologue et le gastro-entérologue, puis une consultation avec l'anesthésiste.

Et il n'y aura plus qu'à choisir la date.

Jean-Pierre demande : Ta décision est donc prise ?

Oui répond Gaëlle. Tu ne l'avais pas compris ?

Jean-Pierre : Si, je m'en doutais bien un peu. Mais je pensais que tu n'irais pas au bout de ta démarche.

Gaëlle : Alors là, tu me tues ! Tu penses que j'ai fait tout cela pour rien, pour abandonner ? Tu me connais mal. C'est mon projet, et je vais le conduire jusqu'au bout.

Jean Pierre : Oui bien sûr, c'est ton projet. Il nous implique aussi, moi, les enfants, nos parents…

Gaëlle : Sans doute, mais ma décision est prise. En douterais-tu ?

Jean-Pierre : Non je n'en doute pas. Mais j'ai peur…

(Silence)

Gaëlle fulmine à l'intérieur : Si je ne veux pas que ça parte en cacahouète, il faut que je le fasse parler.

Gaëlle : Dis-moi ce qui te fait peur !

Jean-Pierre : J'ai peur de l'opération, et des jours qui suivent. J'ai peur que ça se passe mal, que tu aies mal, que tu vomisses, que tu n'y arrives pas.

Gaëlle : Peu de gens meurent. Tous ont mal après, quelques jours. Tous vomissent une fois ou deux, ça ne vaut pas la peine de flipper.

Jean-Pierre : Et puis après, qu'est-ce qui va se passer ?

Gaëlle résume le parcours

Jean-Pierre a peur de l’opération

Gaëlle : De quoi, qu'est-ce qui va se passer ?

Jean-Pierre : Eh bien, tu vas changer. Tu vas t'habiller autrement. Tu vas me quitter peut-être, j'ai entendu que ça arrive souvent.

Gaëlle : Tu déconnes ou quoi ? Pourquoi veux-tu que je te quitte ? Parce que j'aurais perdu des kilos ? Tu délires mon pauvre vieux !

Jean-Pierre : Au bout du compte, pourquoi remettre tout en cause ? On est bien comme ça, on vit bien. Je t'aime comme tu es. Les enfants vont bien. Pourquoi prendre des risques et aller chercher des complications ? Et puis il y a ces modifications du corps dont j'ai entendu parler. Ces plis sous les bras, au ventre. J'ai même entendu dire que des gens n'arrivent pas à se reconnaître dans la glace. Il y a une pièce de théâtre à Limoges à ce sujet. Comment vas-tu faire avec tous tes vêtements, vas-tu les garder, vas-tu les jeter ou les donner ?

Gaëlle : Bon, alors, attends ! Écoute bien ce que je vais te dire !

Un, c'est ma décision.

Deux, je t'aime et perdre du poids ne remet pas cela en cause.

Trois, j'ai et j'aurai besoin de ton soutien.

Quatre, j'ai de bonnes raisons de perdre du poids. Certaines sont médicales. C'est une vraie plaie d'avoir du diabète et de l'hypertension. Je n'ai pas envie du traitement par insuline, de l'infarctus, et de la cécité peut-être. D'autres raisons sont personnelles : ma vie est difficile, au quotidien… tu ne le vois pas toujours mais j'en ai assez de tout cela.

Jean-Pierre a peur de l’après

Saynète n°2

Pendant le week-end, Gaëlle et Arielle discutent. Sa fille revient sur le projet de chirurgie dont lui a parlé sa mère.

Arielle : Maman, tu sais ma copine Sarah... Sa mère s'est fait opérer il y a deux ans. Et il ne lui arrive que des ennuis ! Puis elle est devenue bizarre.

Gaëlle : Sarah, ta copine de fac ?

Arielle : Oui, Sarah. Sa mère, Cathy, s'est fait opérer contre l'avis de son médecin traitant, et pas vraiment en ayant dit qu'elle le ferait à sa famille.

Gaëlle : Hum ! Et que lui arrive-t-il ?

Arielle : D'après Sarah – mais tu sais c'est une inquiète – il y a eu une phase géniale de six mois, puis après, ennuis sur ennuis.

Gaëlle : Eh bien dis donc, ce n'est pas rassurant ce que tu dis !

Gaëlle : Elle t'en a dit plus ?

Arielle : Oui, elle m'a parlé longtemps, à plusieurs reprises, des heures durant, parce qu'elle est inquiète. Ce que j'ai compris, c'est qu'au début c'était top. Elle s'est vite moins fait à manger, c'était même super facile. Elle n'avait pas faim.

Gaëlle : À ça j'ai déjà entendu ! Pour la viande sans doute ?

Arielle : Oui pour la viande, avec comme un dégoût, et des douleurs au ventre quand elle insistait et voulait en manger quand même. Du coup, elle a plutôt mangé des légumes, en petite quantité, et elle a perdu 12 kg le premier mois, tu te rends compte… 32 kg en trois mois !

Gaëlle est un peu rêveuse.

Arielle : Et là, ça commence à merd... : perte des cheveux, par poignées. Il paraît qu'en se coiffant, elle en avait plein la brosse. Elle qui avait de si beaux cheveux. Ils sont devenus tous ternes. Et puis une fatigue ! À ne plus mettre un pied en dehors du lit. Elle n'a pas compris, comment en perdant du poids, en faisant mieux qu'on ne le lui demandait, elle avait une telle fatigue.

Gaëlle : Té boudu, ça n'est pas facile à comprendre. Et qu'a-t-elle fait ?

Arielle : Elle en a parlé à son médecin traitant, mais il l'a engu… sévère au passage, genre : « Je vous l'avais dit que je n'étais pas favorable à ce projet ! Voilà le résultat. » Comme si elle n'avait pas le droit de passer outre l'avis de son médecin traitant ! Le médecin lui a donné des vitamines, pour les cheveux mais ça n'a rien fait.

Gaëlle : Et alors ?

Informer le médecin traitant

Perte de cheveux

Arielle est inquiète

Arielle : Alors elle a vu une nutritionniste à l'hôpital. Elle s'est pris une avoinée !

Gaëlle : Non ? Elle s'est fait disputer ?

Arielle : Oui et pas qu'un peu ! Elle lui a expliqué qu'après la chirurgie, il fallait d'abord un suivi, ensuite des vitamines (surtout dans son cas avec une telle perte de poids) et enfin que si elle avait été mieux préparée, elle aurait su demander conseil avant !

Gaëlle : Bon très bien, mais ses cheveux ?

Arielle : Et bien ça revient, un peu.

Gaëlle : Tout seul sans rien faire ?

Arielle : Tu plaisantes maman ? Elle a dû consommer de la poudre de lait (elle en met dans tous ses plats) plus de la poudre de protéines (il paraît que c'est dégueu...) et du jambon, des yaourts, du lait. Du coup, diarrhée et mal au ventre à chaque fois qu'elle mange des laitages. Et la cerise sur le gâteau : trois comprimés différents tous les jours, et une ampoule à boire par semaine je crois, et une injection dans les fesses par mois, ou l'inverse je ne me rappelle plus.

Gaëlle : Ouais bon, soyons optimistes. Si c'est le prix à payer pour 32 kg en moins…

Arielle : Tu dis cela toi, mais moi ça m'inquiète pour toi. J'ai fait un tour sur les blogs… Et des complications comme celles-là il y en a plein. Si tu manques de vitamines, ça peut être dangereux pour la santé ! Comment savoir ? Es-tu sûre que pour toi ça se passera bien ?

Saynète n° 3

Gaëlle dans un fauteuil, dehors, lit un article qu'elle a trouvé sur Internet, au sujet des malaises après la chirurgie. Ça parle de dumping syndrome.

Gaëlle pense : Aïe, qu'est-ce que c'est ?

L'article : Le dumping syndrome est un malaise survenant dans le quart d'heure après le début d'un repas et que les opérés apprennent à repérer très rapidement, tant ça leur est désagréable. Après un repas, surtout s'il est sucré, mais parfois quand il est gras, parfois après un dessert sucré comme une glace, très rapidement arrive une sensation de fatigue terrible, à vouloir se coucher tout de suite, avec un grand malaise : l'impression de tomber dans les pommes, des sueurs abondantes, des tremblements, de grands bâillements, des douleurs au ventre, et l'intestin qui fait des grands bruits. Généralement, ça passe tout seul en 30 minutes, parfois les gens s'endorment et se réveillent en forme, et tout a disparu.

Gaëlle s'imagine au volant de sa voiture en route vers le bureau, ou après avoir mangé dans son bureau, et être prise d'un tel malaise… Mon Dieu, que vais-je faire si ça m'arrive devant les clients ? Je ne peux quand même pas les planter là pour aller me coucher !

Gaëlle continue sa lecture.

Le dumping syndrome est en fait quelque chose de connu depuis longtemps. Pour toutes les opérations où l'estomac est réduit de taille et raccordé à l'intestin. Par exemple, avant les médicaments de l'ulcère de l'estomac, on pouvait faire des opérations chirurgicales qui ressemblent aux bypass gastriques.

Gaëlle passe les détails techniques pour aller directement au chapitre traitement. Elle apprend que le traitement est d'abord diététique.

Gaëlle : Bon, c'est reparti : même après l'opération on me reparlera de diététique !

Certains aliments, surtout les plus sucrés – yaourts aux fruits, jus de fruits, sirop, pain grillé, barres chocolatées – sont digérés très vite après une opération de l'estomac et font rapidement augmenter le taux de sucre dans le sang, ce qui génère ce malaise.

Gaëlle est très étonnée par ce qu'elle lit. Elle croyait qu'avec l'opération elle pourrait manger librement et que son poids serait contrôlé. Si on lui promet des protéines (en poudre…) des vitamines (en comprimé, et en injection !) et qu'on lui impose de faire attention au chocolat… ça va être drôlement contraignant.

Les malaises après la chirurgie

Alimentation et malaise

Paul

Saynète n°1

Paul revoit Coralie qu'il avait rencontrée au SSR. Coralie a été opérée, mais n'a pas perdu beaucoup de poids (28 kg en un an, et en a repris 7). C'est une femme très positive et posée. Elle est venue au SSR pour comprendre comment perdre les kilos repris, et comprendre comment ne pas les reprendre. Elle aime bien Paul qu'elle trouve touchant. Ils se retrouvent au resto que Paul a choisi sur TripAdvisor (48 avis, côté 4,5/5. « Ça doit être correct »). Au menu, brasserie alsacienne.

Paul et Coralie prennent l'apéro.

Paul : Tu vas bien ?

Coralie : Oui, un peu fatiguée ces jours ci, mais ça va. Depuis le séjour, ça va vraiment mieux, et toi ?

Paul : Bah, tu sais, je vais à cet autre SSR après mon stent ; c'est intéressant, monotone, mais bien. J'ai regagné de la forme. Mais ça n'a pas fait beaucoup pour le poids, moins 5 au total, un peu décourageant.

Coralie : Bon, 5, c'est un début, tu as déjà fait aussi bien et même mieux, ça va marcher.

Paul : Peut-être, on verra. Et toi dis-moi, tu as reperdu ?

Coralie : Oui presque tous les 7 kilos. Tu vois c'est presque comme toi.

Paul : Ouais, il me reste un peu plus à perdre. Dis-moi comment tu as fait !

Coralie : Règle numéro 1 : je fais plus d'activité physique.

Paul : Comme moi.

Coralie : Oui, comme toi. Je me suis organisée pour faire 45 minutes tous les jours.

Paul : Houla ! Ça je ne peux pas. Entre les 2 fois au SSR, avec le transport, les ateliers sur place, quand je rentre je m'occupe un peu du chien et c'est clair que je ne peux pas retourner faire plus d’activité.

Coralie : Les jours d'ateliers, et les lendemains ?

Paul : Je sors le chien 2 fois. 20 minutes matin et soir, mais ça ne fait pas les 45 minutes comme toi.

Coralie : Tu n'en es pas loin.

Paul : C'est vrai, mais c'est beaucoup moins qu'au SSR, où on transpirait un peu. Avec le chien tu sais c'est 20 minutes dehors, je ne marche pas toujours. Des fois, je m’assois sur le banc et je le regarde courir.

Reprise de poids après la chirurgie

Beaucoup d’activité physique

Paul : Et quelle est ta règle numéro 2 ?

Coralie : La règle numéro 2, c'est de manger lentement, en prenant le temps.

Paul : Pourtant tu ne manges pas beaucoup, ça doit être vite pris.

Coralie et Paul choisissent leurs plats : ce sera filet de bar cuit basse température et légumes pour Coralie, choucroute pour Paul.

Coralie reprend : Oui et non, en fait. Parce que je ne peux pas manger beaucoup, je pourrais être tentée de manger vite. Mais si je le faisais, il y aurait des chances que mon estomac ne le tolère pas, que j'aie mal au ventre, voire que je vomisse. Bien énervé, vite manger égale vomissements pour moi. Je me mets donc un frein. Et puis ce que j'ai compris de l'atelier de Stéphanie la diététicienne du SSR, est que si je mâche, si je prends mon temps, alors en fait je mange moins.

Paul : C'est comme nous ce soir, cela fait 20 minutes qu'on discute, on a à peine commencé à picorer un peu d'apéro et je me sens bien, je n'ai pas cette urgence de manger, comme quand je suis seul à la maison.

Manger « normalement »

Saynète n°2

La conversation avec Coralie continue autour du repas.

Coralie : Paul, c'est vraiment important ce que tu dis là. À table, à plusieurs, on ne mange pas pareil que tout seul (surtout si on mange debout dans la cuisine).

Paul : Ca, ça m'arrive souvent ! Pourquoi veux-tu que je me mette les couverts pour moi tout seul?

Coralie : J'ai revu Stéphanie, dont je te parlais il y a un instant, car je ne comprenais pas pourquoi c'était ainsi. Elle a fait des études de sociologie pour un Master.

Paul : Tiens ! Sociologie ?

Coralie : Oui, elle a travaillé sur la table (le meuble) comme un élément déterminant de l'obésité.

Paul : Bah oui tiens, les repas de famille, on mange.

Coralie : Et bien là encore Paul, oui et non ! Si l'atmosphère est agréable, si on est dans le partage, on peut prendre son temps. Alors, on ne mange pas tant que cela. Et pour moi, avec mon petit estomac, c'est plus facile. Et, au final, on a l'impression d'avoir beaucoup mangé. Depuis tout à l'heure tu vois, facile, on n'a pas tant mangé que cela.

Paul : Ca c'est vrai, on devrait manger ensemble tout le temps.

Coralie : A l'inverse, la table régule les comportements. Tu te rappelles : « Ne mets pas tes coudes sur la table ! »

Paul : Ah oui, les bonnes manières…

Coralie : Oui, ça régule. Directement ou non, consciemment ou non, ces « bonnes manières » nous empêchent de « mal nous comporter ». Et du coup, de nous resservir sans y être invité, de manger trop vite, de dire n'importe quoi qui risque d'agacer ou de fâcher.

Paul : Et ça t'aide à moins manger au quotidien ?

Coralie : Non, car je suis maintenant seule dans ma vie.

Paul : Ton mari est p... p... parti ? bégaie Paul. D'un coup ?

Coralie : Oui, il n'a pas supporté mes changements d'attitude. Il ne retrouvait pas la femme d'avant. D'un commun accord, nous nous sommes séparés. Et aujourd'hui c'est mieux ainsi !

Paul : Ça alors, mais tu arrives à manger doucement ?

Coralie : Oui, car je suis en paix. Je prends 20 bonnes minutes à chaque repas, pendant lesquelles je laisse de côté le boulot, les petits soucis,

Manger à table

Les difficultés familiales

et je mange vraiment doucement en mâchant. Je choisis ce que je mange, à la fois sans me prendre la tête, et sans « piocher dans le frigo ce qui traîne ». J'organise, comme si c'était restaurant tous les jours.

Paul : Waouh ! Là tu m'impressionnes !

Coralie : Merci Paul. Tu sais ce séjour en SSR, j'y suis allée pour chercher des solutions, et sur le coup je ne les ai pas trouvées. J'ai eu l'impression d'entendre ce qu'on nous avait dit tant de fois.

Paul : Oui, ça je partage. Tout le monde nous dit ce qu'il faut faire, personne ne nous donne la solution pour ne pas faire comme on fait, et surtout la porte de sortie pour faire autrement.

Coralie : C'est exactement cela. Après le séjour, j'ai repensé à cela et je me suis dit que la solution était en moi. Personne ne peut faire à ma place, surtout que peu de gens sont opérés, et peu de gens sont gros comme toi et moi. Alors les portes de sortie, ils ne les ont jamais ouvertes pour eux, du moins je crois.

Trouver sa solution

Saynète n°3

On arrive au dessert, et Paul n'a pas terminé sa choucroute. Il est bien, souriant, heureux d'être là.

Coralie : « Trouver la porte de sortie pour faire autrement », « Savoir vers où aller pour changer ». C'est à nous de trouver la clé, et elle est difficile à trouver. J'ai repensé à Alice au pays des merveilles, quand elle est au fond du puits. Elle pourrait enfoncer toutes les portes, c'est ce que nous avons fait avec les différents régimes. A un moment, il y a une stratégie qui nous convient vraiment, elle est derrière une porte dont on doit trouver la clé. « Là-haut sur le guéridon se dit Alice », tu te rappelles ?

Paul : Oui, vraiment haut le guéridon, « A chacun son Everest » disait une pédiatre qui s'occupait d'enfants gravement malades.

Coralie : C'est exactement cela. Il faut trouver cette clé, celle qui ouvre la porte qui a du sens, qui dit qu'à ce moment, c'est la bonne direction.

Paul : On a un peu bu tous les deux, tu nous vois tomber dans le puits, et passer par la petite porte…

(Rires)

Coralie : Justement, c'est de cela qu'il s'agit. La porte de la contrainte imposée n'est pas forcément la bonne, surtout si on applique à la lettre un régime prescrit qui ne nous convient pas. Trouver la porte qui convient, c'est peut-être trouver ce qui nous contient (de l'extérieur, comme une nouvelle peau) plus que ce qui nous contraint. Et c'est ce à quoi j'ai réfléchi après le séjour.

Paul : Et ça marche ?

Coralie : Oui, je crois que ça commence à marcher. Ce qui me convient, à moi, est parfois différent de ce qui te convient à toi.

Paul : Oui, par exemple tu manges moins.

Coralie : Oui tu vois, en réalisant cela, j'ai à la fois une attitude positive avec moi-même, je ne suis plus dans la critique de moi et la pression permanente (tu vas reprendre… fais attention…).

Paul : Ta ta ta, on connaît cela, mais même toi tu te dis cela ?

Coralie : Oui même moi, Après l'opération je disais cela. Donc une attitude positive, et un engagement envers moi. Je me suis dit pour la première fois que je me dois de faire attention à moi, pour me protéger de ce qui me nuit, pour profiter d'être bien, et du coup de ne pas me laisser déborder.

Paul : Tu vas me reparler de ton psy…

Comment trouver sa solution ?

La contrainte ou la liberté

Coralie : Oui bien sûr, il m'a aidé à faire ce chemin. Mais je l'ai surtout fait seule. La porte que j'ai ouverte, c'est celle de faire pour moi ; de faire attention à moi ; d'être prévenante envers moi pour faire la prévention des causes et des circonstances qui m'ont amenées à être grosse, et à trouver de l'apaisement en mangeant.

Paul : Ouais tu vois, cet engagement, cette porte… Je comprends les mots, mais je ne vois pas pour moi où elle est…

Coralie : Paul, tu es sur le bon chemin, donne toi du temps, aie un peu confiance, et ça t’aidera à trouver cette porte.

Julie

Saynète n°1

Dokpro, un médecin ayant bénéficié d'une sleeve gastrectomie a indiqué à Julie un site, où est expliquée l'alimentation après la chirurgie. C'est une diététicienne spécialisée qui a créé le site. Cela commence par un quizz.

À votre avis, le volume de l'estomac après un bypass gastrique est gros comme:

- un pot de yaourt,
- un petit suisse,
- un bol,
- une canette de soda.

Julie répond « canette de soda ». Mauvaise réponse, réessayez ! Au deuxième essai, Julie donne la bonne réponse, c'est la taille d'un petit suisse.

Elle se demande comment on peut faire pour manger aussi peu, et surtout si les aliments sont digérés correctement dans un si petit volume.

La réponse arrive : après la chirurgie par bypass gastrique, le volume de l'estomac est considérablement réduit. Il entre donc moins d'aliments. Cependant un nouvel orifice (de 2 à 3 cm de diamètre) est confectionné pour permettre aux aliments d'aller vers l'intestin. Ce petit estomac se vide donc, et permet de manger plus qu'un petit suisse.

Ouf, se dit Julie. Sinon j'aurais faim tout de suite !

Second quizz : Vrai ou faux, il est recommandé de sauter le petit déjeuner pour perdre du poids après la chirurgie.

Julie coche faux tout de suite. « Non mais elle nous prend pour des cloches ! On nous a tellement dit que le petit-déj' était obligatoire. »

Troisième quizz : Combien de « petit repas » est-il recommandé de faire :

- 3 comme les adultes normaux,
- 3 et une collation comme les enfants,
- 8 comme les bébés, 8 biberons de 90 ml,
- 5 à 6, pour apporter tout ce dont on a besoin.

Trois et une collation comme les enfants coche Julie.

Mauvaise réponse. « Bon ça me prend la tête, ces questions. Je n’ai pas besoin de savoir cela. On me le dira bien après. »

Manger après l’opération

Saynète n°2

Julie tchate avec une autre personne rencontrée sur le site, et qui a été opérée.

Au début, tout va bien, elle perdait du poids, et n'avait pas trop de difficultés alimentaires. D'ailleurs, elle ne mangeait pas beaucoup, n'avait pas faim du tout. Puis, petit à petit, c'était devenu plus difficile. Au bout d'un an à peu près. Elle fait coïncider cela avec les premières vraies difficultés avec son mari.

C'est lui qui fait la cuisine. C'est un gars de la campagne, et dans sa famille on mange à table, et on mange bien ! C'est bon : des produits de la ferme, canard et poulet élevés en liberté, cochon sans farine de poisson, légumes du jardin. Mais c'est souvent copieux.

À plusieurs reprises, elle n'a pas pu manger comme les autres, pendant les repas de famille. Elle en a senti de la gêne pour elle, d'avoir fini son assiette plus vite que les autres, de refuser un verre de vin.

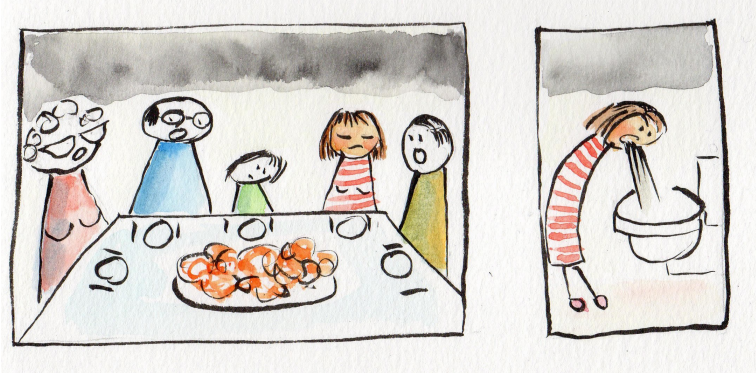
Elle en a senti aussi de la gêne de la belle-famille, de la belle-mère qui avait préparé, du beau-père (même s'il ne dit jamais rien) et des beaux-frères pourtant plutôt sympas avec elle d'habitude. Bref, elle a commencé à craindre ces repas de famille et à vouloir les éviter.

Inutile de dire qu'elle n'a pas été entendue par son mari. « Les repas de famille, c'est sucré ! » avait-il dit dans un lapsus. À deux reprises, elle avait dû aller vomir car elle avait une pesanteur sur l'estomac, comme un poids, alors qu'elle n'avait pas mangé plus que les autres jours.

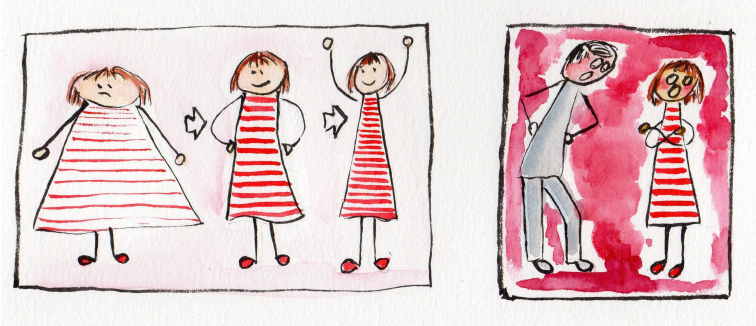
Un jour, à table avec son mari, il y avait de l'orage dans l'air. La journée avait plutôt bien commencé, puis Julie s'était prise de tête avec une collègue pour un rien ! Mais elle était rentré préoccupée par le commentaire de sa collègue : « Tu sais, depuis que tu as maigri, tu n'es pas facile, tu étais beaucoup plus drôle avant. »

Son mari s'était mis à la cuisine et avait préparé magret de canard pommes de terre sarladaises. « Too much pour moi. » avait-elle dit ! Il n'avait pas aimé sa façon de le dire, et c'était parti en vrille. Surtout à table, ce jour là elle mangeait sa tranche de jambon et un peu de purée de légumes, et leur ado de 16 ans s'était fait cordons-bleus et pommes sarladaises. Son mari avait dit très fort que trois menus différents, c'était peut-être comme au resto, mais ce n'était pas comme cela qu'il voyait la table familiale. Chacun y était allé de ses arguments dans la mésentente globale. Du coup, elle avait eu des douleurs, des aigreurs, et les avait soulagées en vomissant.

Ça s'était terminé chacun dans son coin. Mauvaise journée décidément.



Gérer les repas en famille



Les tensions et l’alimentation

D'autres jours identiques avaient suivi, donnant au repas une atmosphère drôlement contrainte.

Julie se dit que ce n'est pas si grave que cela quand même. Ils ont la chance de bosser, de vivre ensemble, et ils se pourrissent la vie…

Elle imagine que Jonathan, son fils, ne mangerait de toute façon pas comme elle. C'est déjà le cas ! Il est un peu difficile depuis que son père est parti. Il est plutôt difficile à table. Il ne mange que pâtes et blancs de poulets, plutôt style Nuggets. Pas de fruits, refus catégorique des légumes verts, rarement des carottes…

Elle se dit que si elle doit se prendre la tête avec lui parce que son alimentation à elle sera « régulée », elle n'a pas fini. Autant voir le bon côté. À table, quand Jonathan mange ce qu'il veut, il est plutôt rigolo.

Saynète n°3

Julie va à un groupe de parole au CMP pour soigner sa dépression. C'est ce que lui a indiqué son psychiatre. Il y a là des gens avec différentes maladies. Dans son groupe, il y a surtout des femmes, anxieuses, déprimées, parfois paumées. C'est le cas de Léa.

Léa s'est fait opérer et a perdu les pédales 18 mois après l'opération. Pourtant, au début cela avait été un succès. Partie de 108 kg, elle était arrivée à 62 kg. Aux consultations de suivi, pas de problème, pas de complications, pas de difficultés alimentaires.

Simplement, du désarroi et une anxiété avec des attaques de panique à ne plus être capable de rien. Arrêts de travail à répétition, consultations chez le psy et groupe de parole.

Léa raconte qu'à 20 ans, elle s'habillait « classe ». Elle faisait un 38, à 60 kg (presque comme aujourd'hui). C'était la chouchoute parmi les secrétaires de son patron. Elle avait toutes les attentions, les meilleures missions, et travaillait sans compter. Elle avait rapidement pris l'ascendant sur ses collègues bien qu'elles soient plus âgées et plus expérimentées. Son patron lui avait promis une formation et un poste d'assistante de direction.

Un soir qu'elle était restée plus tard, il l'avait appelée dans son bureau et avait été pressant et déplacé dans ses propos et dans ses gestes. Elle n'avait pas osé dire qu'elle ne voulait pas qu'il la traite ainsi, un homme qui avait l'âge de son père. La scène s'était reproduite plusieurs fois, il alternait la gentillesse et les brimades. Elle n'en avait parlé à personne, n'osant pas dire que de chouchoute elle était devenue déchue. Le patron avait fini par ne plus parler de formation, et avait promu une autre, plus âgée, plus expérimentée, plus jolie, plus affirmée aussi.

Là, elle avait fait le burn-out, disait le psy. Brutalement, elle s'était effondrée ; des compulsions, une prise de presque 50 kg en 4 ans. Impossible de les perdre, quelque soit le régime. Elle s'était fait opérer et avait perdu tout ce poids, facilement. Et puis la dépression avait recommencé.

Elle était hantée par 2 pensées : l'une, des rêves agités qui la réveillaient presque toutes les nuits, et dont elle ne se rappelait pas du contenu. Sous hypnose, elle avait parlé des sévices imposés par son oncle et qu'elle avait presque oubliés.

L'autre était ce corps qu'elle ne reconnaissait pas. Pour elle, dans sa tête, elle était toujours grosse. Elle était comme en location dans ce corps qui ne lui appartenait pas, avec de la peau en trop.

D’autres difficultés tardives

Les traumatismes enfouis

« Tablier abdominal » avait dit le chirurgien. En fait, tout le corps avait trop de peau ; du ventre qui était retombé comme une poche sur les cuisses et dont elle avait si honte qu'elle n'avait plus de relations amoureuses avec son mari. Les seins qui s'étaient vidés et ressemblaient à ceux d'une vieille femme. Les bras avec la peau en trop qui lui donnaient l'impression d'avoir des ailes d'oiseaux, et les cuisses toutes fripées et pleines de cellulite à l'intérieur. Il n'y avait que le visage qui avait retrouvé sa finesse. Mais elle était si grise et si triste qu'elle ne se reconnaissait pas dans le miroir.

L’image du corps

Synthèse

Vous êtes arrivés au terme de la troisième partie. Faisons un petit point.

Paul ne veut toujours pas d'une opération malgré toutes les difficultés qu'il rencontre et les témoignages de l'efficacité de la chirurgie.

Gaëlle et Julie sont toujours sur le chemin. Elles sont dans les indications, et n'ont pas de contre-indication, ce que nous avons vu en première partie. Elles ont été informées des effets favorables et des contraintes de la chirurgie, c'est ce dont nous avons parlé en deuxième et troisième partie. Que leur manque-t-il pour s'engager ?

Pour dire les choses autrement ! Quand tout le bilan est fait comme pour Gaëlle, cela suffit-il pour se faire opérer ?

Nous croyons que non ! Il lui manque la connaissance des risques, nous les verrons en cinquième partie.

Il lui manque aussi des compétences, c'est-à-dire de réaliser qu'après l'opération il y aura des choses à faire, comme prendre des vitamines tous les jours, accepter un suivi parfois perçu comme fastidieux quand tout va bien, et surtout des aptitudes sont à acquérir et à mettre en place avant l'opération pour bien réussir après. Ces aptitudes sont psycho-sociales : savoir-faire avec le mari inquiet, avec la fille inquiète et avec les soignants qui n'ont pas partagé la genèse du projet ; savoir gérer les conflits sans manger et apprendre à contrôler son poids.

Coralie, l'amie de Paul le dit bien : « A chacun sa solution ». Encore faut-il la trouver et personne ne peut le faire à la place de l'opéré.

Ces aptitudes sont bien sûr alimentaires. Mais contrairement à ce que dit Julie « On me le dira après » et à ce que croient beaucoup de gens – « Petit estomac–petit repas–perte de poids » – il n'y a pas que la restriction alimentaire à mettre en place.

Il y a le fractionnement en cinq à six mini-repas avec les conséquences sur la famille. Il y a le choix des aliments pour satisfaire les besoins (les protéines par exemple) ou pour éviter les effets secondaires de certaines opérations, les dumping par exemple.

Il y a le temps du repas et comment obtenir de son environnement le soutien et l'aide pour faciliter les choses.

Cela doit être acquis ou en très bonne voie d'acquisition avant l'opération. Les aptitudes sont encore dans la régulation du poids, une fois la perte acquise. Cela passe par de la surveillance (se peser) et du pilotage. C'est une dynamique de projet avec un objectif, des indicateurs et une évaluation

régulière pour vérifier que les objectifs sont atteints, voire pour adapter la stratégie afin d'atteindre ces objectifs.

Par exemple, pour l'activité physique s'il faut plusieurs heures par semaine et que seuls 50 % des opérés y arrivent, quelles stratégies individuelles mettre en place ? Quelles compétences acquérir pour faire le mieux possible ? C'est ce qu'il faut mettre en place avant l'opération.

C'est encore une fois de la confiance et du partenariat entre futur opéré et soignants que naîtront les conditions de cette formation. Dans la partie qui suit nous aborderons comment faire ce parcours pour arriver à l'intervention.

Partie n°4 - Le parcours

Introduction

Cette partie est intitulée « le parcours ». C'est ce que nous faisons depuis le début du voyage : un parcours. Prenons donc l'opportunité de le formaliser à nouveau et de voir avec nos amis quelques ingrédients supplémentaires, et surtout quelles sont les techniques de préparation des patients.

Pour dire les choses simplement : il y a un avant la chirurgie, les quelques jours dans le service de chirurgie, et une longue vie après cette opération.

L'avant la chirurgie dure de six à douze mois en général, mais il y a beaucoup à faire. Cela paraît bien long à des personnes qui sont décidées à se faire opérer. La fin de l'avant est formalisé (accord) par la RCP, réunion de concertation pluridisciplinaire où la décision est validée. Le parcours préopératoire est formalisé depuis 2009 par la Haute Autorité de Santé, en France. C'est notre manuel de référence.

Ce parcours est l'opportunité de compléter le bilan d'opérabilité et de vérifier certains aspects qui vont influencer le type de chirurgie ou la surveillance péri-opératoire.

Ce parcours est encore l'opportunité de compléter la formation des personnes y compris pour la préparation de la grossesse ou de la contraception.

Qu'en pensent nos amis ?

Paul veut se faire opérer ? Ça ce serait une sacrée nouvelle ! Si oui, peut-on dire qu'il est préparé parce que Coralie son amie lui a beaucoup parlé ?

Gaëlle parfait son parcours avec une infirmière coordonnatrice, c'est-à-dire une infirmière à qui a été déléguée une partie de la préparation et de l'organisation du bilan. Gaëlle va rencontrer différents professionnels.

Julie organise le parcours avec son médecin traitant. La Haute Autorité de Santé recommande que le médecin traitant participe à la démarche. Pour Julie, le médecin traitant, qui s'est formé à la démarche, participe activement. Julie va participer à un programme d'éducation thérapeutique, où elle rencontrera Paul d'ailleurs. Nous insistons beaucoup sur ces programmes, recommandés par la Haute Autorité de Santé et qui sont encore peu nombreux en France. Ils sont une véritable stratégie d'acquisition des compétences.

Bon parcours pour cette quatrième partie !

Gaëlle

Saynète n°1

Dans le centre de chirurgie où Gaëlle a consulté, Dorothée a acquis une compétence particulière : elle est infirmière coordonnatrice. C'est à dire qu'un protocole officiel de coopération, validé par les autorités de santé, a été élaboré entre elle et le chirurgien. Elle peut réaliser certaines étapes de la préparation à la chirurgie. Gaëlle rencontre l'infirmière dans un bureau à la clinique. La conversation tourne autour des carences.

Gaëlle : Ma fille m'a rapporté l'histoire d'une femme qui a perdu ses cheveux après une opération.

Dorothée : C'est assez fréquent après une perte de poids importante. Cela a l'air de vous inquiéter.

Gaëlle : Oui, car je n'ai pas compris comment les vitamines pouvaient en être la cause, et si c'était définitif ou non.

Dorothée : Je vous rassure, ce n'est pas définitif. Cela arrive à beaucoup de gens, mais ce n'est que passager. On ne sait pas toujours à quoi cela est dû. Ce qui est avéré, c'est que, quand la perte de poids est très rapide et quand il y a une carence en fer ou en vitamines, la chute des cheveux est fréquente, puis ça repousse…

Gaëlle : Ah, et bien, ça me rassure en effet. Je ne me voyais pas avec des cheveux abîmés, je fais très attention aux miens.

Dorothée : Savez-vous comment on se rend compte qu'il manque du fer ou des vitamines ?

Gaëlle : Je ne sais pas. J'imagine que c'est quand le manque s'exprime, par de la fatigue, ou peut-être par d'autres signes ?

Dorothée : En effet, quand ces signes apparaissent, dans ce contexte où les carences sont probables, le médecin va vérifier la prise de sang.

Gaëlle : Ce serait plus facile s'il faisait cette prise de sang tous les mois…

Dorothée : Oui, c'est ainsi qu'il procède, d'ailleurs. Des bilans réguliers sont réalisés, pas tous les mois, mais au moins tous les trois mois pendant la première année après l'opération. Encore faut-il que les patients reviennent pour le suivi…

Gaëlle : Non, vraiment ! Des gens ne reviennent pas ?

Dorothée : Eh oui, il y a ce qu'on appelle des perdus de vue, des personnes qui, pour des raisons diverses, ne souhaitent pas revenir…

Dorothée, infirmière coordonnatrice

Gaëlle a peur de perdre ses cheveux

Des bilans réguliers

Saynète n°2

Gaëlle et Dorothée continuent de discuter. La rencontre est facile, Dorothée est très à l'écoute, Gaëlle se sent comprise et entendue.

Dorothée : Pendant le suivi, nous cherchons aussi d'autres complications…

Gaëlle : Comme les malaises du dumping syndrome ?

Dorothée : Oui, même d'autres avant. Le dumping syndrome survient généralement vers quatre à six mois après l'opération, mais il peut y avoir des complications avant ce temps.

Gaëlle : Parce qu'on ne mange pas assez bien ?

Dorothée : Non. Parce que la personne a été opérée…

Gaëlle : Je ne comprends pas…

Dorothée : Eh bien, par exemple, un estomac opéré, c'est un estomac qui a été coupé et suturé pour en réduire le volume. Bien que le chirurgien soit très méticuleux, il arrive parfois qu'une suture lâche, et qu'il y ait comme un trou dans l'estomac, ce qui n'est pas souhaitable. Généralement, on s'en rend compte assez vite : la personne n'est pas bien, a des battements de cœur rapides… mais parfois c'est plus insidieux.

Gaëlle : C'est rare ?

Dorothée : Oui, c'est rare : environ 5 % des opérés. Mais cela justifie de revoir le chirurgien dans le premier mois, comme pour toutes les autres chirurgies, d'ailleurs.

Gaëlle : D'accord : dans le premier mois et ensuite un an plus tard.

Dorothée : Non, plus tôt et plus souvent. Cela dépend des équipes. Ici, nous voyons les opérés quatre fois au minimum la première année.

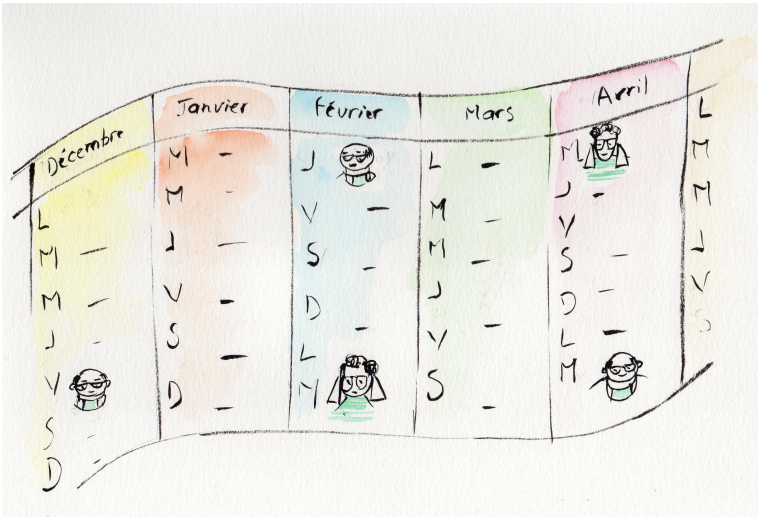
Gaëlle : Ah, c'est bien. Nous sommes bien suivis alors.

Dorothée : Oui, si vous venez régulièrement, cela permet de faire le point sur les complications, les carences, les difficultés avec l'alimentation, revoir si votre traitement est adéquat.

Gaëlle : Cette femme, dont me parlait ma fille, devait prendre plusieurs comprimés et recevoir des piqûres régulièrement.

Dorothée : Oui, il y a ces complémentations qui sont fréquentes, quoique non systématiques. Il y a aussi les conseils sur les médicaments. Ceux qui peuvent ne pas être absorbés correctement, ou ceux qui sont dangereux. En cas de bypass gastrique par exemple, les médicaments anti-inflammatoires pour la douleur ou les maux de gorge ou bien l'aspirine, peuvent provoquer un ulcère à la connexion entre le petit estomac et l'intestin, sur l'anastomose…

Dépister les complications



Quand sont les bilans ?

Vous avez vu, il y a beaucoup de publicité au sujet de ces médicaments à la télévision. Du fait de leur danger potentiel chez les opérés, il vaut mieux vérifier auprès de son médecin qu'on peut les prendre.

Des médicaments après l’opération

Saynète n°3

Gaëlle : Et pour l'alimentation, il faut une surveillance ?

Dorothée : Oui, car ce n'est pas facile.

Gaëlle : J'imagine bien, avec un petit estomac, ça doit faire mal !

Dorothée : Cela ne devrait pas faire mal. Aimeriez vous rencontrer la diététicienne de la clinique ?

Gaëlle : Oui, je crois que je veux bien, si ça ne vous fait pas de peine.

Dorothée : Non, pas du tout. Lydie, notre diététicienne, peut peut-être vous voir dans la semaine.

Gaëlle : Oui, je crois que ce serait bien, tout le monde m'en a parlé un peu. Maintenant, j'aimerais des choses pratiques et précises.

Lydie est la diététicienne.

Lydie : Bonjour Gaëlle. Dorothée m'a parlé de vous. Que savez-vous de l'alimentation, tout de suite après l'opération ?

Gaëlle : Je ne sais pas très bien, j'imagine qu'on est à la diète deux à trois jours.

Lydie : Pas tout à fait. En fait, en fonction de l'heure de l'opération, on fait consommer un tout petit peu de liquide dès le premier jour ou le début du deuxième jour.

Gaëlle : De la purée j'imagine…

Lydie : Plutôt du liquide...

Lydie : Et dans le premier mois, comment mangent les opérés ? Le savez-vous ?

Gaëlle : Ils ne mangent pas grand-chose et parfois ils vomissent.

Lydie : Oui c'est vrai. Est-il habituel de vomir à votre avis ?

Gaëlle: Non, je crois que l'opération n'est pas faite pour faire vomir, encore que j'ai souvent entendu que c'était le cas.

Lydie : En effet, il y a peu de raisons de vomir. L'une des raisons est quand quelque chose d'anormal se passe au niveau de l'estomac, parce qu'il y a un ulcère par exemple. L'autre raison est que la personne mange trop ou trop vite.

Gaëlle : Si elle mange trop, ça déborde, mais pourquoi quand elle mange trop vite ?

Alimentation juste après l’opération

Combien de repas

Lydie : Eh bien, quand on mange trop vite, ou quand l'environnement du repas est stressant, tout se passe comme si l'estomac ne supportait pas grand-chose, et la personne aura tendance à vomir. Savez-vous combien doit boire une personne opérée ?

Gaëlle : Oh, j'imagine que c'est la même chose qu'une personne non opérée.

Lydie : En effet, c'est la même quantité qu'une personne non opérée. La difficulté est que nous demandons à la personne opérée de ne pas boire et manger en même temps. Il va donc falloir s'organiser pour boire en dehors des repas.

Gaëlle : On m'a dit qu'il fallait manger cinq à six fois par jour.

Lydie : En effet, pour que le corps ait assez de nutriments, comme l'estomac est petit, il faut donc faire plusieurs repas. Généralement c'est trois repas, et deux à trois petites collations.

Lydie : À votre avis Gaëlle, y a-t-il des aliments à éviter ?

Gaëlle : L'alcool j'imagine !

Lydie : Oui, bien sûr il faut faire attention à l'alcool. Sa consommation n'est pas interdite cependant. Il faut seulement savoir que les effets de l'alcool peuvent être différents chez les opérés. En particulier, après un bypass gastrique, l'ivresse apparaît pour une petite quantité d'alcool, et beaucoup plus tôt. Mais en dehors de l'alcool, peut-on manger équilibré ?

Gaëlle : Je ne sais pas bien, mais je ne vois pas de raison de manger déséquilibré.

Lydie : En effet, l'alimentation doit être la plus normale possible. Ce que nous allons travailler avec vous est surtout la vitesse du repas, savoir prendre son temps pour manger, et mâcher correctement.

Que manger ?

Paul

Saynète n°1

Paul se décide à être accompagné par son médecin traitant dans la démarche préparatoire à l'opération.

Médecin traitant : Paul, je vous félicite de votre proposition d'envisager d'être opéré.

Paul : Houh, je veux bien me préparer, je ne suis pas encore certain que j'irai au bout…

Médecin traitant : D'accord Paul, c'est très bien que vous le disiez ainsi. J'entends que vous êtes encore hésitant et c'est normal.

Paul : Oui, avec tout ce que l'on entend au sujet de la chirurgie, comme ultime recours…

Médecin traitant : Ce que je vous propose est d'avancer ensemble le long du chemin. Notre première étape sera de bien comprendre les différents arrêts sur le chemin, comme sur une carte au trésor pour récupérer les arguments qui vous amèneront à prendre votre décision

Paul : Ah bon, je ne vais pas voir le chirurgien ?

Médecin traitant : Pas tout de suite. Si vous le voulez bien, vous ne le rencontrerez que plus tard.

Paul : Qu'allons nous faire alors, où nous emmène-t-il ce chemin ?

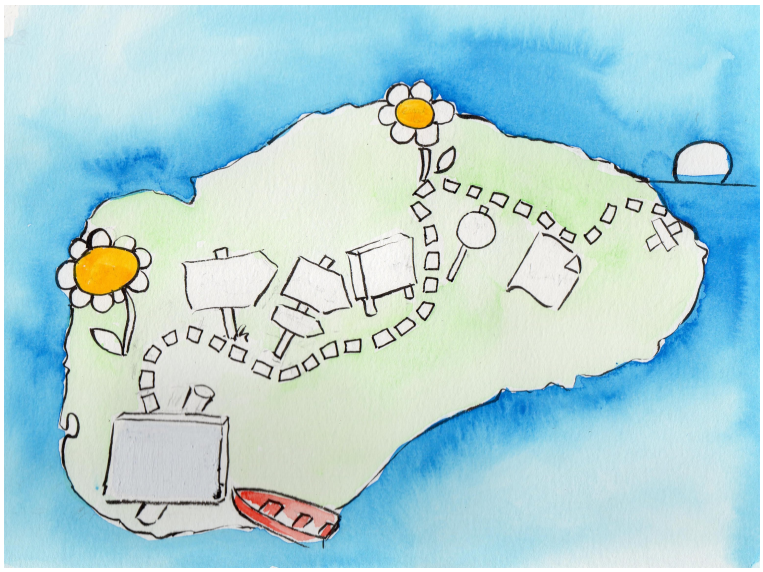
Médecin traitant : Je vous propose que ce chemin vous amène à prendre de vous-même une décision sereine. Vous hésitez et je l'entends bien. Avançons pour que vous me disiez : oui ou non à la chirurgie, en connaissant bien les risques et les contraintes après l'opération, et que nous soyons sûrs que l'anesthésiste acceptera l'opération. Pour cela, je vais vous faire rencontrer des patients opérés, reprendre les fondamentaux, vous proposer un groupe d'éducation thérapeutique. Est-ce que cela vous convient ? Vous avez déjà les avis favorables, de ma part, de la part de votre endocrinologue…

Paul : Je vois. Vous êtes gentil de me proposer cela. Je vais m'y mettre…

Médecin traitant : Donc dans un premier temps, je vais vous montrer cette figure que propose la Haute Autorité de Santé. Elle résume le parcours jusqu'à la chirurgie.

Paul : Bon, montrez-moi !

Les étapes du parcours



Un patient bien informé

Médecin traitant : La première étape du parcours consiste à vérifier d'abord que vous êtes « en échec » des autres traitements, et que vous êtes dans les indications.

Paul : C'est le cas, ça a raté tant de fois…

Médecin traitant : Puis, le parcours prévoit la prise en charge pluridisciplinaire…

Paul : Disciplinaire ?

Médecin traitant : Par plusieurs professionnels avec des compétences différentes. Après cela, nous considérerons que vous êtes bien informé. C'est ce que je vous propose. Au terme de cela, un consentement éclairé est signé, matérialisant le fait que vous êtes bien informé. Je vais vous laisser ces documents.

Paul : Bon...

Médecin traitant : Puis nous synthétiserons les informations du bilan, avec le bilan diététique, celui de l'activité physique à ne pas oublier, et l'évaluation psychologique. L'ensemble du dossier sera discuté et validé en réunion dite de concertation pluridisciplinaire, entre tous les professionnels.

Paul : Et je me fais opérer. Mais quand puis-je voir le chirurgien ?

Médecin traitant : Au cours de ce parcours, vous allez le rencontrer pour qu'il vous explique les différentes opérations.

Paul : Et c'est fini ?

Médecin traitant : Non Paul, ça commence ! Une nouvelle vie commence et vous aurez besoin d'aide. On dit que le suivi est à vie…

Paul : Oui, ça pour me suivre je vous fais confiance, vous êtes mon médecin traitant !

Saynète n°2

Au cours de ce parcours, Paul rencontre à nouveau son endocrinologue et lui fait part de son projet d'aller vers l'opération.

Endocrinologue : Paul, je crois que c'est une décision sage, nous allons pouvoir commencer le bilan.

Paul : D'accord, mais comment ne pas reprendre du poids ? J'ai fait le yo-yo bien des fois. J'ai lu que beaucoup de gens reprennent. C'est ce qui est arrivé à mon amie. Elle dit qu'il faut être actif.

Endocrinologue : Oui sans doute. Et vous Paul qu'avez-vous appris de ces yo-yo ?

Paul : Que ça remonte à chaque fois.

Endocrinologue : Qu'est-ce qui remonte ?

Paul : Le poids…

Endocrinologue : Votre poids remonte, oui. Savez-vous pourquoi ?

Paul : Eh bien, je crois que je suis fait pour être gros. Les gens pensent que je mange tout le temps, mais ce n'est pas vrai.

Endocrinologue : Votre amie vous a-t-elle parlé de sa façon de manger ?

Paul : Non pas vraiment, elle m'a parlé d'engagement.

Endocrinologue : Engagement à quoi, Paul ?

Paul : A s'occuper de soi, à être positif, à se faire confiance, à faire les choses que je ne fais pas…

Endocrinologue : Votre amie vous a dit qu'elle s'était engagée par rapport à elle à faire des choses, et non pas par rapport aux autres, n'est-ce pas ?

Paul : Oui, j'ai senti comme une force à l'intérieur d'elle, qui enlevait ce sentiment d'insécurité que j'ai, la peur de ne pas réussir, qui au final me conduit à laisser tomber.

Endocrinologue : Paul, n'en êtes-vous pas arrivé à ce stade, à laisser tomber ou à trouver cette force en vous ?

Paul : Oui presque…

Endocrinologue : Presque arrivé ?

Paul : Oui, presque, parce que j'hésite encore. Je sais peser les aliments et tant que j'ai la motivation en moi, je le fais. Puis, je ne sais pas pourquoi, je m'arrête. Aujourd'hui, j'espère qu'après l'opération j'aurai cette motivation tout le temps, comme si le chirurgien me l'avait greffée, mais je doute de moi.

Paul peut-il perdre du poids ?

Reprendre du poids ?

Endocrinologue : La motivation Paul, c'est comme l’essence d'un moteur. Tant que le réservoir n'est pas vide, il n'y a pas de panne. Pour éviter la panne, il faut passer par la pompe à essence.

Paul : Ah tiens, ça existe pour la motivation ?

Endocrinologue : Oui, je crois. Les pompes à motivation où on refait le plein sont multiples. Il y a les médecins, le diététicien, le psychologue, les autres patients. C’est un des intérêts du suivi. Il y a les récompenses, ce que l'on gagne en réussissant, qui redonne des points de motivation. Et c'est aussi du côté des autres qu’arrive la récompense quand on est félicité.

Paul : OK, et comment doit-on manger pour que le poids ne remonte pas ?

Endocrinologue : Je crois que toutes les personnes qui ont perdu du poids peuvent en reprendre, comme si c'était écrit dans leur corps. Aussi, il n'y a pas une seule façon de manger qui garantisse que le poids reste stable. Il faut trouver l'équilibre alimentaire qui convient à chacun, en quantité et en qualité, et apprendre pas à pas à l'appliquer. Nous sommes là, la diététicienne et moi, pour vous y aider.

Comment manger pour ne pas reprendre ?

Saynète n°3

À la première séance d'éducation thérapeutique, l'infirmière a conseillé à Paul d'aller à une consultation spécialisée de médecine du sport. Paul est dubitatif car, du sport, il en fait au SSR, mais pas facilement chez lui. Promener son chien ne suffit pas à perdre du poids, il le sait. Il va quand même à ce rendez-vous, et rencontre Bertrand, éducateur sportif. Bertrand est un solide gaillard, cheveux longs, et muscles partout...

Bertrand : Bonjour Paul. Soyez le bienvenu. On m'a parlé de vous

Paul : Bonjour Bertrand. Oui, l'infirmière m'a demandé de venir.

Bertrand : Bien. Que vous a-t-elle dit pour vous convaincre ?

Paul : Que vous êtes très fort en sport ! Rires… Ça se voit d'ailleurs avec tous vos muscles. Ça ne doit pas être difficile pour vous.

Bertrand : Vous a t-on vraiment dit qu'il s'agissait de sport ?

Paul : Non, elle m'a parlé d'activité physique. Ça je le comprends bien… Je suis allé au SSR où je faisais du tapis de marche. Ce que je ne comprends pas bien c'est comment je vais pouvoir intégrer un groupe, car je suis plutôt solitaire…

Bertrand : Bien, nous allons commencer par faire « le tour » des activités que vous aimez bien. La marche est un peu difficile pour vous n'est-ce pas ?

Paul : Oui, je suis essoufflé dès que ça monte un peu, et du coup je marche à plat avec mon chien de chasse, qui court lui, et je m’arrête souvent.

Bertrand : C'est plus facile sur le tapis ?

Paul : Oui, mais je n'en ai pas à la maison et c'est ennuyeux à la fin.

Bertrand : Avez-vous pratiqué une autre activité durant les dernières années ?

Paul : Oui, il y avait de la piscine dans l'autre SSR où j'étais allé, avec de l'aquagym et de l'aquabike. Ça j'aimais bien ! J'aimerais bien chasser mais là, il n'en est plus question… Faire du vélo, n'y pensons pas, et les sports de ballon, pas du tout.

Bertrand : Avez-vous eu un bilan par le cardiologue pour le sport ?

Paul : Oui, il m'a fait une épreuve d'effort avec une perfusion, ça a aboutit à la pose d'un stent.

Bertrand note, et lui demande ce qui empêche Paul d'avoir une activité régulière. Habite-t-il loin d'installations sportives, est-il isolé, plutôt solitaire ?

Paul répond aux questions et demande : Mon amie qui a été opérée m'a dit qu'il fallait 45 minutes d'activité par jour, est-ce vrai ?

Sport ou activité physique ?

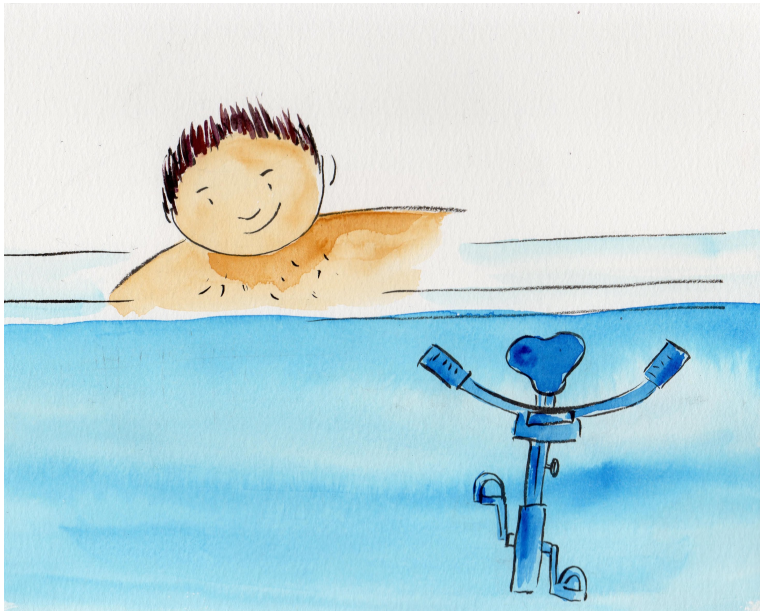
Quelle activité ?

Bertrand : Ce serait très bien pour tout le monde, mais ce n'est pas si figé que cela. Plus l'activité est régulière, et plus le poids est facile à contrôler, même chez les personnes opérées. Maintenant, il y a une durée d'activité qui convient à chacun, à la fois en fonction de ce qu'il mange, et en fonction de l'intensité de cette activité, et surtout de la façon individuelle dont le corps fonctionne. 45 minutes, c'est sans doute une moyenne. L'objectif est de trouver la durée qui s'en rapproche et qui convienne à chacun et à son environnement de vie, pour que cela soit durable, le plus longtemps possible.

Paul : Bon, comme ça c'est moins difficile alors.

Bertrand : Oui, toute augmentation de l'activité est bonne à prendre. Paul je vous propose trois choses. D'une part, nous allons faire un test sur tapis pour déterminer à quelle intensité vous pouvez vous exercer de façon efficace, et être plus à l'aise à la marche. La deuxième chose est un entraînement ici, pour faire progresser votre capacité à faire des activités. Enfin, ensuite nous construirons ensemble un programme mélangeant ce que vous aimez : de la marche (parfois aussi sur le tapis, ici) et de l'aquagym et de l'aquabike. Il se trouve qu'il y a un cabinet de kinésithérapie non loin d'ici qui vient d'acquérir le matériel.

Paul sourit…



Combien d’activités et comment ?

Julie

Saynète n°1

Julie rencontre le médecin traitant pour la première fois. Elle a un rendez-vous programmé, un samedi matin, parce que le médecin est alors plus disponible.
Docteur : Bonjour Julie.

Julie : Bonjour docteur.

Docteur : Nous ne nous connaissons pas, que puis-je pour vous ?

Julie : Voilà, je suis dans une démarche pour me faire opérer à cause de cette obésité. J'ai fait une grande partie du bilan, mais il m'a été indiqué qu'il fallait l'avis d'un médecin traitant.

Le docteur reconnaît au ton de sa voix que Julie est inquiète.

Docteur : Julie, ne vous en faites pas. Je connais bien cette problématique parce que je me suis formé à l'éducation thérapeutique et j'ai un diplôme universitaire d'obésité. Je saurai vous accompagner.

Julie : Oui, Docteur, merci de me dire cela. En fait, je ne sais pas quel sera votre rôle et peut-être ai-je fait la démarche dans le désordre en rencontrant le chirurgien et l'endocrinologue d'abord ?

Docteur : Ne vous inquiétez pas ! J'ai l'habitude. Les personnes qui veulent se faire opérer font souvent ainsi, parce qu'elles pensent que leur médecin s'opposera. Vous pouvez être tranquille : je ne m'opposerai pas de principe. Reprenons un peu votre histoire si vous voulez bien.

Julie raconte son histoire, le chirurgien, l'endocrinologue, le psychiatre, le CMP. Le docteur prend quelques notes, fait préciser quelques points, et Julie se détend peu à peu. Elle se sent écoutée et prend confiance.

Le médecin l'examine consciencieusement, regarde les bilans qui lui ont été faits. Au bout de 30 minutes environ, il synthétise le dossier.

Docteur : Julie, vous êtes dans les indications de la chirurgie, et je comprends bien que le travail fait depuis neuf mois au groupe de parole vous a permis de sortir de votre dépression, levant cette contre-indication à l'opération.

Julie : Vous allez donc autoriser cette chirurgie ?

Docteur : Oui Julie. Je vais donner un avis favorable, pour ce qui me concerne. Mais c'est la RCP, réunion de concertation pluridisciplinaire, qui formalisera cela. Tous les médecins et autres professionnels que vous avez vus donneront leur avis et je n'ai aucun doute qu'ils seront d'accord, mais…

Le médecin traitant

Préparer la RCP

Julie, de nouveau inquiète : Il y a un mais ?

Docteur : Non, excusez-moi, il n'y a pas de « mais ». Je voudrais simplement qu'il y ait un peu de préparation spécifique. Il vous manque quelques informations au sujet de l'alimentation après la chirurgie, et au sujet du suivi.

Julie : Pourtant je suis allé sur des blogs, docteur…

Docteur : Oui vous me l'avez dit, et je comprends votre impatience d'être opérée, maintenant que vous êtes prête. Cette formation ou ces informations sont importantes, c'est comme les leçons du permis de conduire. Vous aurez le code après la RCP, et quelques leçons « de conduite » vous permettront de mieux gérer l'après chirurgie. L'objectif est que vous soyez préparée à ce qui se passera après l'opération.

Julie : Ah, vous voulez parler des complications ?

Docteur : Pas seulement, mais aussi des changements qui ne manqueront pas d'arriver. Vous avez fait un gros travail sur vous au CMP et cette préparation ne vous prendra pas longtemps.

Julie : Je comprends… Comment cela se passe-t-il ?

Docteur : Eh bien, nous avons deux possibilités. Soit un programme d'éducation thérapeutique, en quatre séances de trois heures, sur un mois au total, ou encore trois ou quatre consultations avec une diététicienne.

Julie : Et ce sera bon ?

Docteur : Il ne manquera plus que l'avis du cardiologue et du pneumologue pour préparer la consultation d'anesthésie, et une fibroscopie de l'estomac pour aider à choisir le type d'opération.

Julie : Docteur, est-ce que la consultation avec la diététicienne est remboursée ?

Docteur : Non, malheureusement

Julie : Et l'éducation thérapeutique, qu'est-ce que c'est ?

Docteur : C'est un travail de groupe que les médecins, diététiciens, psychologues et infirmiers du CHU ont mis en place. C'est totalement pris en charge. Qu'en pensez-vous ?

Julie : Docteur, je suis un peu juste financièrement, je préfère l'éducation thérapeutique.

Docteur : Je crois que vous avez raison. De plus vous avez travaillé en groupe au CMP et cela semble vous convenir.

Préparer à l’après chirurgie

Le docteur organise tout cela, écrit à ses correspondants spécialistes pour faire le bilan et au chirurgien pour expliquer qu'il participera au suivi de Julie. Il demande à ce dernier de lui adresser les modalités les plus récentes du suivi.

Saynète n°2

Julie est à sa deuxième séance d'éducation thérapeutique. Ils sont 8, dont 7 femmes, avec le même projet. Elle y croise aussi Paul, ce très gros homme qui fait rire tout le monde. En fait, Paul ne viendra que 2 fois. La séance a été consacrée au tube digestif normal et à la digestion. Julie craignait un peu que ce soit une leçon, et qu'il faudrait prendre des notes. En fait, il n'en a rien été. L'infirmière qui dirigeait la séance leur a demandé ce qu'ils savaient de la digestion. Ils avaient dit des choses en désordre : la salive, les dents, le rôle du foie… L'infirmière avait remis tout cela dans l'ordre. On avait beaucoup ri, car Paul avait fait le pitre. Au total, on avait bien appris. C'était facile d'apprendre ensemble, c'était mieux qu'à l'école, et on avait bien discuté à la sortie.

La première séance avait été un entretien individuel où à nouveau on lui avait posé des questions sur son histoire et sa santé. C'était encore des redites, mais l'atmosphère était plutôt sympathique. On lui avait expliqué que cet entretien avait pour objectif de définir avec elle, l'objectif des séances dans ce programme, pour les lui faire travailler spécifiquement, et vérifier à la fin qu'elle avait acquis les compétences nécessaires. Puis elle avait rencontré les autres personnes. Toutes et tous s'étaient présentés. Elle était la plus jeune. La plupart avaient autour de 40 ans, sauf une dame plus âgée, au-delà de 60 ans.

À la fin de cette première séance, une personne d'une association de patients était venue présenter son association. Elle avait dit comment elle y était entrée, comment elle avait trouvé du soutien auprès de personnes qui avaient le même problème, problème qu'elle ne pouvait pas souvent évoquer avec les gens de poids normal. Elle avait parlé de sorties organisées avec une jeune étudiante diplômée de STAPS, qui se destinait à être éducateur sportif, et qui bénévolement leur montrait comment faire de la marche nordique. Elle avait évoqué les bourses de fringues, où les vêtements trop grands se repassaient entre personnes. Cela l'avait amusée, mais en fait, vu les prix des vêtements dans les magasins pour grandes tailles, c'était sans doute une bonne idée quand elle maigrirait beaucoup.

L’éducation thérapeutique

Le bilan éducatif partagé

L’association de patients

Saynète n°3

Lors de la dernière séance d'éducation thérapeutique, les sujets de la grossesse et de la contraception sont abordés. Julie écoute avec attention les mots du médecin.

Médecin : Dans la mesure du possible, une grossesse n'est pas souhaitable pendant la première année après l'opération.

Julie : Pourquoi cela ?

Médecin : Parce que nous ne sommes pas habitués à ce que les femmes perdent du poids pendant la grossesse. Nous savons même qu'il faut une prise de poids, et que par exemple elle est d'au moins 5 kg chez une femme obèse.

Julie : C'est dangereux pour le bébé ?

Médecin : En effet, c'est risqué pour la maman et le bébé.

Julie : Il risque de mourir. (Julie est très inquiète et des larmes lui viennent.)

Médecin : Mourir, je ne sais pas. Mais il risque d'être trop petit et d'avoir des malformations, parce qu'il manquerait de toutes les vitamines et autres nutriments de l'alimentation qui lui sont nécessaires pour se former.

Une autre femme pose la question de la contraception.

Femme : Dites-nous Docteur, il faut donc une contraception ?

Médecin : Oui. Si vous avez une vie de couple, nous vous demandons d'avoir une contraception.

Femme : Même si nous faisons chambre à part ?

Médecin : Si vous avez une vie sexuelle, si vous pouvez être enceinte, une contraception est nécessaire.

Autre femme : Et si nous n'en avons plus, de vie amoureuse ?

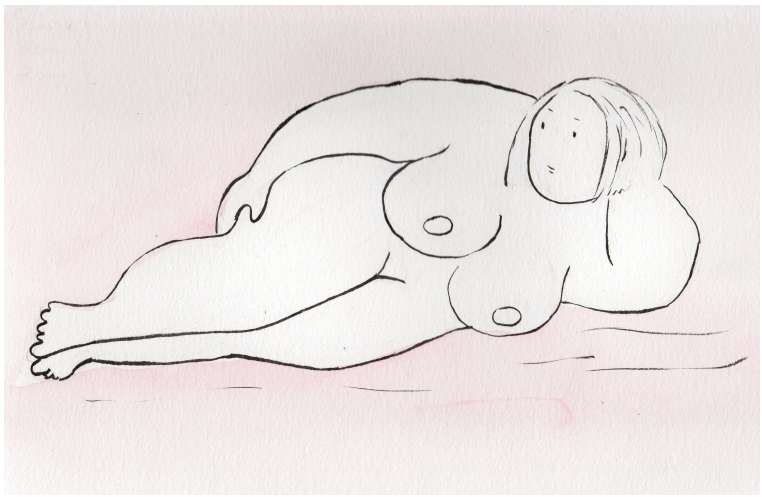
Médecin : Alors la contraception n'est pas nécessaire. Cependant, nous avons l'expérience de grands changements de vie après l'opération. Plusieurs femmes que nous connaissons ont été enceintes tôt après l'opération. Et quand on en discute avec elles, elles disent que les rapports dans le couple changent, que le désir de vivre revient, parfois avec un nouveau partenaire.

Autre femme : A cause de mon cholestérol, le gynécologue n'a pas voulu que je prenne la pilule. Trop risqué a-t-il dit ! Comment faire alors ?

Médecin : Il y a plusieurs types de contraception, le plus souvent une méthode est adaptée pour chacune. Par exemple, les femmes avec un bypass gastrique peuvent ne pas absorber correctement les médicaments.

Femme : Vous voulez dire qu'elles ne les prennent pas ?

Grossesse après la chirurgie



La vie amoureuse peut changer

Médecin : Non, elles les prennent correctement, mais la molécule active du médicament ne passe pas correctement dans le sang et ne fait pas son effet.

Femme : Cela vaut pour tous les médicaments ?

Médecin : Non, seulement pour certains. Alors, nous préférons utiliser des méthodes dont nous sommes sûrs qu'elles seront efficaces.

Femme : Comme ?

Médecin : Comme par exemple un stérilet, ou un implant sous-cutané, car leur efficacité ne dépend pas de la digestion. Vous vous rappelez la digestion, c'est le fait que ce que nous avons pris par la bouche est absorbé par les cellules intestinales et passe dans le sang.

Femme : Peut-on alors choisir un anneau gastrique ?

Médecin : Anneau gastrique ou sleeve, c'est parfois le choix qui est préféré quand des médicaments sont indispensables.

Julie : Et si je voulais avoir un autre enfant, quelles précautions devrais-je prendre ?

Docteur : Vous savez qu'après les chirurgies de l'obésité, il y a souvent des vitamines à prendre.

Une femme l'interrompt : Même après une sleeve ?

Docteur : Parfois avec une sleeve aussi, moins souvent qu'après un bypass gastrique, mais il y a maintenant beaucoup de descriptions de carence après une sleeve.

Femme : Pourtant on nous a dit qu'il n'y avait pas de malabsorption.

Docteur : C'est vrai, mais le besoin en vitamines, ce dont le corps a besoin, est aussi défini par le poids et l'activité physique. En fait, les vitamines sont comme des adjuvants ou catalyseurs qui rendent le carburant efficace. Plus le moteur est gros, plus il y a besoin de carburant, plus il y a besoin d'adjuvant. Après une chirurgie, le moteur reste gros pendant plusieurs mois, et l'alimentation apporte peu de vitamines. Les stocks en vitamines s’épuisent. Du coup, quelle que soit la chirurgie, pourvu qu'elle entraîne une réduction de l'alimentation, il y a un risque de carence. D'autant plus qu'il s'agit d'un bypass gastrique, car alors les comprimés de vitamines ne passent pas toujours correctement dans le sang.

Julie : Donc si nous attendons que le poids soit stable, il n'y a plus besoin de vitamines ?

Docteur : Oui, cela pourrait être vu comme cela, mais en fait, non. Par exemple, en cas de grossesse, il y a des besoins augmentés. Pour une grossesse chez une femme de poids normal, et en dehors de toute chirurgie

de l'estomac, le besoin en calcium est augmenté : il passe d'environ 900 mg à 1000 voire 1200 mg par jour. De plus, il y a certaines vitamines qui sont très importantes pour la formation du bébé, comme l'acide folique ou vitamine B9, et une supplémentation sera organisée. Même pendant les semaines avant la grossesse. Enfin, la surveillance sera rigoureuse, pour guetter une carence, par une diminution des quantités dans le sang. On adaptera les comprimés de vitamines au cas par cas.

Femme : Y a-t-il d'autres choses encore ?

Docteur : Oui, la grossesse est particulièrement surveillée, en particulier l'échographie de la 12e semaine. Ensuite c'est au cas par cas. La recherche d'un diabète gestationnel sera également pratiquée avec des dosages réguliers de la glycémie, et une hyperglycémie par voie orale.

Femme : Beurk ! Je l'ai déjà eue lors de ma dernière grossesse, et je m'en souviens.

Une grossesse très surveillée

Synthèse

Vous voilà arrivés en fin de quatrième partie. Vous connaissez tout, ou presque, du parcours.

Pour nous, le parcours a aussi pour objectif d'acquérir des compétences qu'il faudra entretenir après l'opération.

Cela suppose de se donner du temps, celui qui est nécessaire, et de s'entraîner pour devenir de plus en plus expert. L'idéal est de devenir son propre coach ou le chef de son projet personnel.

On pourrait dire que le parcours avant et après la chirurgie est une suite de projets à durée déterminée. Par exemple « acquérir le savoir pour consentir » est un projet, « acquérir les compétences minimales pour bien s'alimenter après la chirurgie » est aussi un projet. L'intérêt de cette approche est de donner une dynamique de projet à chaque segment.

Cela signifie :

- je sais où je vais : je connais l'objectif de mon projet ;
- je connais la route pour y aller : je maîtrise les moyens et les techniques (alimentaire, activité physique, mais pas seulement : savoir se peser régulièrement, savoir prendre des vitamines…) ;
- je sais qu'il y a des embûches et je vérifie les critères et indicateurs du projet, je sais analyser les raisons de ces embûches et je sais y remédier ; si je ne sais pas y remédier, je sais demander un audit externe, une évaluation, c'est-à-dire solliciter quelqu'un qui sait ; j'ai donc besoin d'un référent qui analyse la situation avec moi ;
- je sais garder confiance ;
- enfin, je sais me former encore et encore pour devenir de plus en plus expert.

Vous voyez bien que tout cela ne s'improvise pas ! Je crois que c'est ainsi que nous obtenons le meilleur résultat possible.

Partie n°5 - Les techniques chirurgicales

Introduction

Nous voilà à la dernière étape, celle qui conclut le parcours avec la période péri-opératoire, juste avant et juste après la chirurgie. Puis viendra le début de la longue vie de l'opéré.

Reprenons une dernière fois :

- la personne est dans les indications et n'a pas de contre-indication ;
- elle s'est préparée et a acquis ces compétences minimales, mais nécessaires ;
- elle a eu tout le bilan ;
- elle est suffisamment informée pour consentir à être opérée. La signature du consentement formalise l'accord et l'engagement. Les informations au sujet de la chirurgie de cette dernière partie complètent le savoir nécessaire ;
- la RCP a eu lieu.

Alors nos trois amis vont-ils se faire opérer ?

Commençons par Gaëlle. Allez tout devrait être simple… Eh bien non !

Malgré l'avis positif de la RCP, le service médical de l'assurance maladie évalue quelques patients et le dossier d'entente préalable. Malgré sa force de caractère, Gaëlle hésite juste avant l'intervention, a des doutes sur le type d'intervention.

Paul ferait bien de se faire opérer tant il est gros ? En fait, non. Tout se complique… Comment ? Est-ce possible que ce grand corps costaud, ce Paul rigolo soit en fait si fragile et qu'il faille tout reprendre à zéro.

Et Julie alors ? Happy end ? Oui. La Julie déprimée du début, très bien préparée et bien entourée, commence le parcours postopératoire.

Gaëlle

Saynète n°1

Gaëlle est radieuse au téléphone. Le chirurgien vient de l'appeler pour lui annoncer que le résultat de la RCP est positif. Les experts se sont réunis et ont donné leur accord pour un bypass gastrique. Le chirurgien va faire la demande pour une entente préalable à la sécurité sociale. Gaëlle s'étonne de cette démarche supplémentaire. Le chirurgien la rassure et explique qu'il n'y a rien de plus à faire. Ils conviennent de la date de l'intervention, fixée dans quatre semaines.

Deux semaines plus tard, Gaëlle reçoit une convocation du Docteur Eve Aluaçion, du service médical de la caisse primaire d'assurance maladie. Le médecin veut la rencontrer avant de statuer sur son dossier de chirurgie.

Gaëlle va à ce rendez-vous, inquiète de cette procédure. La secrétaire de la caisse primaire d'assurance maladie n'a pas été très sympathique au téléphone : « Madame, ceci est une démarche classique à laquelle personne ne peut se soustraire. Cela conditionne la possibilité de vous faire opérer. Si cet accord n'est pas donné, il n'y aura pas d'intervention. Faites pour le mieux pour défendre votre dossier ! »

Le rendez-vous s'est bien passé. Le docteur Eve Aluaçion a expliqué que certains patients sont évalués, pour s'assurer que le parcours a suivi la procédure. La plupart des questions ont porté sur la démarche, depuis combien de temps Gaëlle avait commencé, par quelles étapes elle était passée. Elle n'avait pas ressenti de défiance de la part du docteur qui était plutôt empathique. Le médecin l'avait pesée, mesurée, longuement interrogée et l'avait rassurée, au bout du compte. Le dossier était bien organisé. Gaëlle était passée par toutes les étapes et un avis favorable du service médical serait donné.

Elle était donc prête pour se faire opérer. Pour fêter cela et pour effacer le stress de cette évaluation de dernière minute, Gaëlle s'était offert un café viennois avec de la chantilly. Elle l'avait mangé avec beaucoup de plaisir, et bizarrement sans cette culpabilité qu'elle connaissait depuis longtemps à manger quelque chose de gras, de sucré, de trop riche en calories…

Le chirurgien confirme l’accord de la RCP

Une évaluation par le service médical de la sécurité sociale

Le café viennois

Saynète n°2

Gaëlle est dans la chambre à la clinique. Elle sera opérée demain matin. Il est 18 heures. Sa fille Arielle l'a accompagnée pour cette dernière soirée. Son mari est en déplacement à l'autre bout de la France.

Une femme de l'association de patients est passée, pour voir comment cela allait, pour répondre aux questions éventuelles. Gaëlle se sent bizarre en face de cette femme. Pas vraiment comme d'habitude, moins à l'aise, ne l'écoutant que d'une oreille. Elle a besoin de calme et n'est pas tout à fait disponible pour cette conversation.

Arielle, elle non plus, n'est pas comme d'habitude, pas si spontanée. Gaëlle le sent bien mais n'arrive pas entretenir une conversation, qui du coup se fait par bribes. Arielle passe beaucoup de temps sur sa messagerie, à envoyer des messages et à en recevoir. Gaëlle a éteint son portable.

On frappe à la porte, c'est le chirurgien qui fait sa visite.

Gaëlle : Entrez !

Docteur : Bonsoir Gaëlle.

Gaëlle : Bonsoir docteur.

Docteur : Comment vous sentez-vous ?

Gaëlle : Bien.

Un « bien » un peu sec que le médecin repère tout de suite.

Docteur : Oh ! Voilà une femme inquiète, qui n'est pas comme d'habitude.

Gaëlle : Non, non !

« Porte fermée... » se dit le docteur. Pas la peine de discuter. Il commence à lui examiner le ventre de ses mains expertes.

Gaëlle se laisse faire. Après tout, elle est entre les mains de ce chirurgien. C'est ce qu'elle a voulu. Patiemment, il essaye de la faire parler.

Docteur : Êtes-vous fin prête ?

Gaëlle : Oui.

Docteur : Vous avez vu l'anesthésiste ?

Gaëlle : Oui.

Docteur : Ne vous vous a-t-il rien dit de particulier ?

Gaëlle : Non, juste pour le diabète.

Docteur : Oui, quoi pour le diabète ?

Gaëlle : De penser à arrêter mes médicaments

Docteur : Après l'opération ?

Inquiétude de Gaëlle et d’Arielle

Ambivalence…

Gaëlle : Non, avant. J'ai arrêté la metformine hier matin.

Docteur : Et...

Gaëlle : Et il verra avec moi après l'opération, si je dois les reprendre.

Silence.

Gaëlle : Je ne sais pas si cela va être possible.

Docteur : Qu'est-ce qui ne va pas être possible ?

Gaëlle se met à pleurer.

Docteur : Gaëlle, vous avez un doute au moment de l'opération. C'est normal. Vous vous demandez si vous faites le bon choix, ce d'autant qu'il n'y a pas de « marche arrière ».

Gaëlle : Oui, et puis non. Je la veux cette opération. Je ne veux plus être comme je suis, trop grosse, toute cette peine. Mais, mon mari n'est pas là, ma fille est inquiète. J'ai peur de ne pas me réveiller… et alors…

Docteur : Alors vous vous dites que votre choix est vraiment difficile à faire. Tout cela est normal. Je ne connais aucun patient qui ne ressent pas de doute avant de faire ce grand saut. Même les plus motivés.

Le docteur est maintenant assis au bord du lit, proche de Gaëlle, il met sa main sur la sienne. Il reprend.

Docteur : C'est courageux de la part d'une personne de vouloir changer une partie de son corps, en sachant que cela ne sera plus pareil qu'avant. Même si on sait ce que l'on laisse, le gros corps, les soucis de santé, la fatigue de ce corps à porter, les moqueries, c'est quand même courageux de partir pour un inconnu.

Gaëlle renifle plusieurs fois et se détend. Le médecin lui prescrit un médicament pour mieux dormir.

Le matin de l'intervention Gaëlle pose une question

Gaëlle : Docteur, ce ne serait pas plus simple de faire une sleeve ? J'ai réfléchi au pour et au contre du bypass gastrique et de la sleeve, j'ai un doute. Si j'ai des malaises après, si j'ai des carences, peut-être que l'on regrettera de ne pas avoir fait une sleeve.

Docteur : Non, je ne crois pas que cela soit une bonne idée.

Gaëlle, inquiète : Pourquoi ?

Docteur : Tout simplement parce qu'à la fibroscopie de l'estomac, nous avons vu une hernie hiatale et que cela contre-indique la sleeve. Il ne reste que le bypass gastrique.

Gaëlle : Mais on m'a dit que la perte de poids était équivalente entre sleeve et bypass gastrique. Et que peut-être c'est pareil aussi pour le diabète.

Docteur : Oui, tout cela est vrai. Encore que pour l'amélioration du diabète il reste des avantages au bypass gastrique. Mais cette hernie hiatale fait courir des risques pour votre oesophage si on faisait une sleeve.

Saynète n°3

Gaëlle a été opérée à 8h30. À 10h, elle est dans la salle de réveil, dans son lit, seule pour le moment, car elle est la première au programme du chirurgien.

Elle repose, paisible. Vers 10h30, elle ouvre un œil puis se rendort. Vers 10h45, elle se réveille tout à fait. Monde étonnamment calme, malgré les bip des appareils et des scopes de surveillance. Elle va passer deux heures dans cette salle de réveil, avant de retourner dans sa chambre. Pendant ces deux heures, elle est surveillée discrètement par l'infirmière anesthésiste. Gaëlle regarde son bras, il n'y a pas de perfusion. Sur le dos de sa main, un cathéter où l'infirmière a déjà injecté un médicament.

Sur ses jambes, des bas, pas très jolis, qui remontent à mi-cuisse.

Gaëlle est remontée dans sa chambre. L'infirmière de l'unité l'accueille et la rassure : tout s'est bien passé.

Gaëlle : Je n'ai pas de perfusion ?

Infirmière : Non, c'est le protocole per-opératoire qui permet de s’en passer.

Gaëlle un peu dans les vapes : Per-opératoire ?

Infirmière : Oui Gaëlle, pour raccourcir l'hospitalisation, et afin que vous sortiez demain, l'anesthésiste vous a administré un anti-inflammatoire pendant l'intervention. Le chirurgien a injecté des antalgiques. Vous avez ici la sonnette pour m'appeler dès que quelque chose ne va pas. Avez-vous mal ?

Gaëlle : Oui, un peu au milieu du ventre, c'est sourd.

Infirmière : Sur une échelle de zéro où vous n'avez pas mal, à 10 où c'est le maximum de la douleur, à combien estimez-vous cette douleur ?

Gaëlle : Quatre à cinq je pense. Ca fait mal.

Infirmière : Bon, je vais vous injecter un peu d’antalgique par le cathéter. Je viens vous voir dès que vous sonnez. N’hésitez pas. Sinon je repasse tout à l'heure.

Gaëlle : Dites-moi, ai-je d'autres médicaments ?

Infirmière : Oui, deux injections pour fluidifier le sang et éviter une phlébite. On verra demain pour vos médicaments habituels. Si vous avez la nausée, on rajoutera un traitement spécifique.

Gaëlle se rendort. À midi, on lui apporte un peu de potage et une compote. Mais elle n'en mange qu'une cuillère. Pas faim. Un peu mal. Un peu peur de ce qui va se passer dans son ventre.

Sortie de bloc

Dans les vapes

Le lendemain est celui du départ. Gaëlle est réveillée depuis 6 heures, pas très en forme. L'infirmière passe et s'arrête quelques instants. La fréquence cardiaque est accélérée : 125 battements par minute. L'infirmière prend la tension : 125/70. L'infirmière applique la procédure pour laquelle elle est entraînée : fréquence cardiaque élevée égale complications. Pas question de minimiser. Elle téléphone au chirurgien et explique.

Docteur : Je vais passer vers sept heures, pour la visite, avant d'aller au bloc

Infirmière : Je fais une NF.

Docteur : Oui, faites selon la procédure !

À 7h le chirurgien arrive. D'un coup d'œil, il repère que Gaëlle saigne. Elle est un peu pâle, pas si bien que les opérés habituels. Sa respiration est un peu rapide. Il se fait confirmer que la fréquence cardiaque est accélérée, et que la tension artérielle reste normale. Il examine le ventre de Gaëlle qui est un peu douloureux quand il le palpe. Rien de bien spécifique après cette opération. Il demande le résultat de la prise de sang.

Infirmière : L'hémoglobine est passée de 13 à 9 g par décilitre.

Chirurgien : Bon elle a probablement saigné sur l'anastomose. Nous allons la garder 48 heures de plus, et la surveiller.

Gaëlle : Pas de sortie ?

Chirurgien : Non, pas aujourd'hui. Rien de grave. Nous allons vous faire un scanner en urgence, qui va sans doute confirmer ce saignement, sans épanchement dans le péritoine. Nous allons arrêter le fluidifiant, perfuser du fer et surveiller comme hier. Le plus probablement vous sortirez après-demain.

Infirmière : Je laisse Gaëlle à jeun ?

Chirurgien : Oui, jusqu'à nouvel ordre. Pas d'anti-coagulants, surveillance habituelle et NF demain matin.

Infirmière : Bien Monsieur.

Le voilà passé à une autre chambre. L'infirmière passe un moment à la fin de la visite avec Gaëlle pour lui expliquer simplement la situation.

Gaëlle sortira deux jours plus tard, avec tous les rendez vous organisés pour un an. Après cet épisode compliqué – qui arrive parfois – tout se passe bien.

Ca se complique...

A la sortie, tout est organisé

Paul

Saynète n°1

Paul a un bilan chez le cardiologue, qu'il rencontre pour la seconde fois, et qui n'y va pas par quatre chemins. La première fois, il lui avait posé un stent sur une des artères coronaires, ce qui avait entraîné son séjour au SSR.

Cardiologue : Paul, vous avez du diabète et des apnées du sommeil, votre excès de poids en est responsable. Je vous propose deux choses.

Premièrement, une épreuve d'effort est recommandée pour évaluer vos artères coronaires, celles qui irriguent le cœur et que le diabète abîme. Cependant, elle n'est pas possible dans votre cas, car le vélo ou le tapis de marche de la clinique ne supporteraient pas votre poids. Je ne crois pas que cela soit possible au CHU d'ailleurs, il n'y a pas l'équipement correspondant à votre poids. J'ai vérifié. J'ai donc fait faire une scintigraphie avec une perfusion d'un médicament qui mime une épreuve d'effort ; elle est douteuse. Les images suggèrent que vos artères coronaires ont de nouveau de l'arthérosclérose. Je ne peux pas vous faire d'échographie du cœur pour aller plus loin dans l'exploration, car les appareils ne sont pas adaptés à votre corpulence. Nous allons donc faire une coronarographie ce qui ne va pas être simple, je vous le promets...

Deuxièmement, il va falloir vraiment considérer la façon de perdre du poids, parce que même les examens les plus simples deviennent difficiles.

Paul n'est pas ravi de cette consultation. Comme si c'était facile ! Lui qui s'engage sur le chemin de se faire opérer a l'impression de se faire houspiller.

La coronarographie n'a pas été une partie de plaisir. Cela ne s'est pas bien passé. Il fallait introduire une sonde par l'artère de l'aine. « Aïe, ça fait mal. » Il a fallu longtemps au médecin avant de trouver l'artère. C'était inconfortable. Le médecin était mécontent et avait pesté contre les patients insouciants d'être aussi gros.

Au bout du compte, Paul a plusieurs coronaires abîmées, le médecin lui a mis plusieurs stents, sur plusieurs artères. Il va devoir prendre deux médicaments de plus, Aspégic et Plavix. Mauvaise nouvelle.

Une semaine plus tard, le médecin traitant de Paul lui prescrit une prise de sang. Mauvais moment, là encore ! L'infirmière a eu du mal à la réaliser et là, bel hématome, à cause de l'aspirine.

Chez le cardiologue

Paul regarde la télé chez lui vers 19 heures, quand son médecin l'appelle.

Docteur : Paul, il faudra aller à l'hôpital demain matin. Votre fonction rénale s'est beaucoup détériorée, votre taux de créatinine à doublé, et vous avez ce soir une insuffisance rénale. Je vous ai organisé une place en hospitalisation de jour demain matin dans le service de néphrologie. J'ai appelé l'ambulance elle viendra vous chercher.

Paul : Mais docteur, et mon chien, que va t'il devenir ? Et ce stage d'éducation thérapeutique en préparation de la chirurgie ?

Docteur : Paul, vos reins sont en danger ! Si vous n'y allez pas, je ne sais pas ce qui se passera, peut-être une dialyse. Je sais que vous aimez votre chien, mais là il n'y a pas à traîner. Vous y allez demain matin, vous laisser à manger au chien et on verra cela plus tard. Comme ce stage, on verra plus tard ! Allez hop ! Pas de discussion !

Paul est en néphrologie et c'est la catastrophe ! La néphrologue lui explique que l'obésité plus le diabète plus les produits de contraste injectés pour faire la coronarographie avaient eu raison de sa fonction rénale. On allait attendre quelques semaines pour savoir comment allait évoluer la fonction rénale, mais c'était mal parti pour le moment.

La situation est précaire. Paul est fragile.

Paul repose la question de la chirurgie de l'obésité.

Néphrologue : Paul, vous êtes fragile. C'est-à-dire que votre santé peut s'améliorer, comme elle peut se détériorer. Vous êtes comme un funambule sur un fil. Je ne vous connais pas assez pour vous conseiller au sujet de cette chirurgie. Une insuffisance rénale vient de vous être découverte. Elle irait beaucoup mieux si vous perdiez du poids, ça j'en suis certaine. Mais dans ce contexte du diabète, de l'excès de poids très important, et de l'atteinte des artères coronaires, je ne vais pas m'aventurer à vous faire une recommandation. Vous êtes si fragile, je ne saurais dire. En attendant, il n'en est pas question aujourd'hui. C'est trop tôt pour l'instant. Vous êtes trop près de cet épisode d'insuffisance rénale. Nous devons attendre quelques semaines et voir comment la fonction rénale évolue.

L’appel du médecin traitant

Funambule

Saynète n°2

Paul accuse le coup. Fini l'insouciance, adieu la nonchalance. Découvrir la fragilité, de façon aussi brutale et renoncer, à 42 ans… Mais à quoi renoncer d'ailleurs, et à quoi bon d'ailleurs.

Paul fait le point : il est très gros, ne travaille plus, n'a d'autre famille au quotidien que son chien ; il a du diabète, le rein en capilotade, les coronaires avec des ressorts. Que reste-t-il à faire ? Quelle est sa perspective de vie ? Attendre une nouvelle chute, une nouvelle illustration de sa fragilité ?

Paul est morose et s'enfonce doucement dans la dépression, cet état où rien ne vous touche vraiment, et où la souffrance est acceptable. Il reste assis, à la maison, ne sort plus son chien, fait à peine ses courses, encore moins le ménage. Il ne prend plus soin de lui, et n'est plus très rigoureux dans la prise de ses médicaments.

Seul son médecin traitant passe régulièrement et patiemment attend que Paul remonte cet escalier qui le ramènera au monde des vivants. Son médecin gère les ordonnances, donne un conseil par-ci, un avis par là.

Paul survit.

Au bout de 3 mois, sans nouvel épisode de santé, Paul rumine un peu moins. Mais il a pris 10 kg. Son diabète est de nouveau déséquilibré malgré les soins du docteur.

Il faudrait tout recommencer. Revoir le cardiologue, l'endocrinologue, le psychiatre, car cette fois Paul n'y coupe pas. De toute façon chirurgie ou non, Paul devrait consulter un psychiatre.

Paul déprime

Paul s’enfonce doucement dans la dépression

Paul a repris 10 kg

Saynète n°3

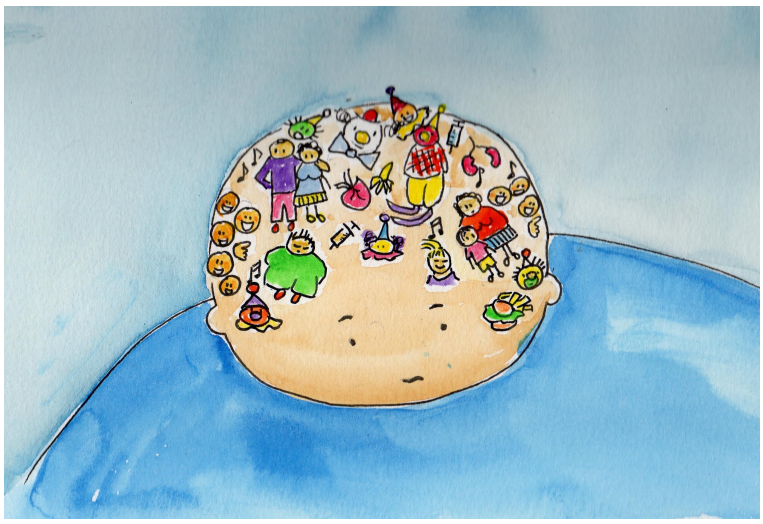
Paul rencontre la psychiatre à son cabinet. La conversation a été directe, douloureuse même, à certains égards.

Paul a raconté comment il s'était construit sur cette dynamique familiale, où il faut faire le poids pour être respecté, sur ce manque d'estime de soi qu'aggravent les moqueries à l'école, sur cette solitude qui amène à être un clown, à faire rire pour exister, à ne vivre qu'avec un chien, animal fidèle, mais qui ne remplace pas une vraie famille. Paul a raconté sa déchéance, son métier perdu, ses maladies croissantes, ses échecs répétés à être ce qu'on attend. Une personne « normale » alors que l'on a un poids extraordinaire.

La psychiatre a proposé une hospitalisation, mais Paul la refuse. Quand il compte les heures et les jours auprès des docteurs, en SSR, en néphrologie, en cardiologie, en endocrinologie, il se dit que cela doit rendre malade d'être hospitalisé si souvent.

Il accepte à nouveau une hospitalisation de jour, une fois par semaine, dans le service de psychiatrie.

Paul dans la salle d’attente du psychiatre



Paul a une histoire de vie extraordinaire

Paul remonte la pente

Julie

Saynète n°1

Julie est prête pour l'intervention. Elle aura lieu lundi matin. Elle rentrera à l'hôpital dimanche soir. Elle a organisé la garde de Jonathan pendant ces quelques jours, chez ses parents. Sa mère l'appelle.

Mère : Julie, tu vas bien ?

Julie : Oui maman, et toi ?

Mère : Ca va ! Tu sais, nous, ça va. Un peu inquiets pour toi peut-être.

Julie : Ne t'inquiète pas maman, je suis sûre que cela va bien se passer, et s'il te plaît rassure papa !

Mère : Tu sais bien comment il est. Il ne peut pas s'empêcher de ruminer et d'imaginer que ça va mal se passer. As-tu préparé ta valise et celle de Jonathan ?

Julie : Oui maman ! Dans la mienne, pas grand-chose pour trois ou quatre jours, trousse de toilette, des T-shirts, des culottes. Pas de quoi faire l'élégante.

La valise de Jonathan est bien plus grosse : les doudous, les vêtements, les jeux, son camion de pompier.

Mère : Bon, très bien. Ton père lui a acheté des Playmobil et lui a préparé tout un programme. Pas de temps pour s'ennuyer. En plus il y a ce nouveau film qu'il veut l'emmener voir dimanche après-midi.

Julie : Super ! Donc on vient dimanche midi, on mange ensemble, puis j'irai à l'hôpital. S'il te plaît maman, ne fait pas trop compliqué pour le repas ! Je ne voudrais pas d'un repas du condamné.

Mère : D'accord ma fille. À dimanche !

Julie : A dimanche maman.

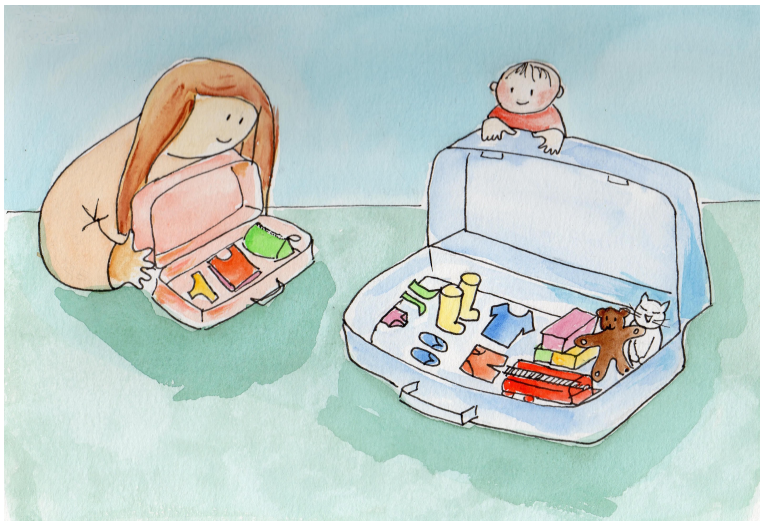
Julie va chercher Jonathan à l'école comme tous les jours. Il est en grande section de maternelle. Aujourd'hui, c'est Audrey, une ATSEM, qui est là, et avec laquelle elle échange quelques mots. Jonathan aime beaucoup Audrey.

Audrey : Jonathan, tu retournes avec ta maman à la maison.

Jonathan : Non, je veux rester ici et jouer.

Julie : Aïe, c'est la première fois qu'il me fait cela.

Audrey : Oui, c'est la première fois. Y a-t-il quelque chose ? Il a été un peu terrible aujourd'hui...



Les valises

Tu viens Jonathan ? On rentre à la maison.

Julie : Vraiment. Qu'a-t-il fait ?

Audrey : Rien de grave, très dissipé, un peu opposant. Des chamailleries avec ses copains. Bref, pas le gentil Jonathan habituel.

Julie est un peu dubitative.

Audrey : Oui, comme s'il était inquiet de quelque chose.

Julie : Je crois que je sais pourquoi : je vais aller à l'hôpital pour une petite intervention. Je lui ai dit qu'il irait chez ses grands-parents pour quelques jours. Voilà sans doute pourquoi.

Audrey : Oui sans doute c'est cela. Rien de grave pour vous ?

Julie : Non juste une intervention banale, qui ne pouvait être remise pendant les vacances. Et Jonathan aime bien aller chez ses grands-parents.

Audrey : Oui bien sûr. Rassurez-le ! Redites-lui bien que c'est une intervention banale, et qu'il va vous retrouver bien vite !

Julie : C'est ce que je vais faire.

Julie est dans une chambre à deux lits. À côté d'elle, une femme de 50 ans environ, hospitalisée pour sa vésicule, depuis 24 heures. La chambre est un peu bruyante car la famille de sa voisine est venue. Des gens gentils, mais nombreux et des paires d'yeux fixées sur elle.

Julie installe ses affaires dans le placard et la photo de Jonathan sur la table de nuit. Elle n'a pas envie de se mettre au lit dès maintenant, et lit un magazine dans le fauteuil. Personne pour l'accompagner, mais c'est mieux ainsi. Pas de discussion. Pas de gamberge.

L'infirmière et l'aide-soignante viennent la saluer et lui proposent une collation : « Thé ou café, compote ou yaourt. »

« Rien merci » répond Julie. Il y a quelques questions et l'annonce de la visite du chirurgien vers 19 heures. L'intervention est prévue demain, en fin de matinée. Le chirurgien passe pour la contre-visite. Il est pressé. C'est dimanche soir. Il faut vérifier que tout est OK pour le lendemain. Quelques mots échangés vite fait. Pas de fièvre. Pas d'infection récente. Pas d'événement particulier. Pas beaucoup de temps pour discuter.

Julie réfléchit : Au fond, c'est mieux ainsi. Demain matin, je serai opérée et la vie nouvelle que j'attends commence. Pas de regrets, non, vraiment aucun. Je laisse cette vie-là derrière moi, et demain je recommence tout. Une renaissance.

Julie, la veille de l’intervention chirurgicale

Saynète n°2

La sortie de l'hôpital

Julie est prête à sortir et attend son père qui vient la chercher. La valise est bouclée : pas grand-chose de plus qu'à l'aller. Le médecin lui a fait une ordonnance : des antalgiques à utiliser à la demande, des fluidifiants sanguins, des bas de contention pour éviter la phlébite, des anti nauséeux.

Elle reverra son médecin traitant pour adapter le traitement. Quelques conseils de la diététicienne qui transmet les consignes alimentaires pour la semaine à venir, et un rendez-vous dans un mois avec le chirurgien et la diététicienne. Julie est sereine. Tout s'est bien passé. Pour le moment, croisons les doigts, c'est d'une facilité déconcertante.

Une semaine plus tard Julie a un rendez-vous chez son médecin traitant. Julie va bien. C'est vraiment facile.

Médecin : Comment allez-vous Julie ?

Julie : Je vais bien, merci docteur.

Médecin : Alors cette opération ?

Julie : Eh bien pas de quoi en faire une affaire. Quatre jours à l'hôpital, sans aucun événement. Une équipe vraiment disponible et rassurante. Les premiers repas très-très légers, mais sans difficulté. Une radio, un TOGD, pour laquelle il faut avaler une bouillie pas très bonne. « Parfaite » selon le chirurgien. Et le voila aujourd'hui.

Docteur : Des douleurs ?

Julie : Rien, vraiment rien. Je suis les conseils alimentaires à la lettre et ça marche.

Docteur : Des vomissements ? Des nausées ?

Julie : Une fois. J'ai voulu boire et manger en même temps. Ça n'a pas traîné. Effet immédiat, même pas le temps d'avoir mal. Hop tout était reparti… Ça m'a servi de leçon.

Docteur : Bon. Je vais vous arrêter les médicaments prescrits en postopératoire. Je vous laisse le Paracétamol, au cas où vous auriez mal. Pas plus de quatre par jour, sinon, si c'est encore douloureux. Rappelez-moi !

Julie : D'accord. Et pour les bas ?

Docteur : Je les garderai encore une semaine. Marchez vous bien ?

Julie : Pas encore tout à fait.

Docteur : Eh bien, attendons que vous ayez retrouvé votre activité physique habituelle.

La sortie de l’hôpital

Visite chez le médecin traitant

Saynète n°3

Julie va très bien. Elle a perdu 8 kg en un mois. Il y a longtemps qu'elle ne s'était pas sentie aussi bien. Rendez-vous chez la diététicienne de l'hôpital. C'est prévu juste avant la visite de contrôle avec le chirurgien.

Diététicienne : Bonjour Julie, comment allez-vous ?

Julie : Bonjour, très bien merci.

Diététicienne : Ça a l'air facile pour vous ?

Julie : Oui, c'est facile, rien à signaler.

Diététicienne : Pas de vomissement, de douleur, de nausées, de diarrhée ?

Julie : Non, rien de rien.

Diététicienne : Bien, avez-vous rempli l'enquête alimentaire dont je vous ai parlé ?

Julie : Le petit carnet vert ?

Diététicienne : Oui, ce carnet où vous avez décrit chacun de vos repas pour les trois derniers jours.

Julie : Oui, le voilà.

Diététicienne : Je prends quelques minutes pour l'analyser.

Quelques minutes plus tard...

Diététicienne : C'est bien ! Qu'en pensez-vous ? Avez-vous des questions ?

Julie : Oui, Ça va. Quand puis-je manger des morceaux ? Je dois mixer encore les repas ?

Diététicienne : Vous mixez encore ? Ah bon ! Il y a quelques petits aspects que vous pourriez améliorer dans votre alimentation. Je vous propose de ne plus mixer, et de commencer à manger de vrais morceaux. Plutôt mous au début pour pouvoir les mâcher facilement, de la viande tendre.

Julie : Oh la viande, ce n'est pas top.

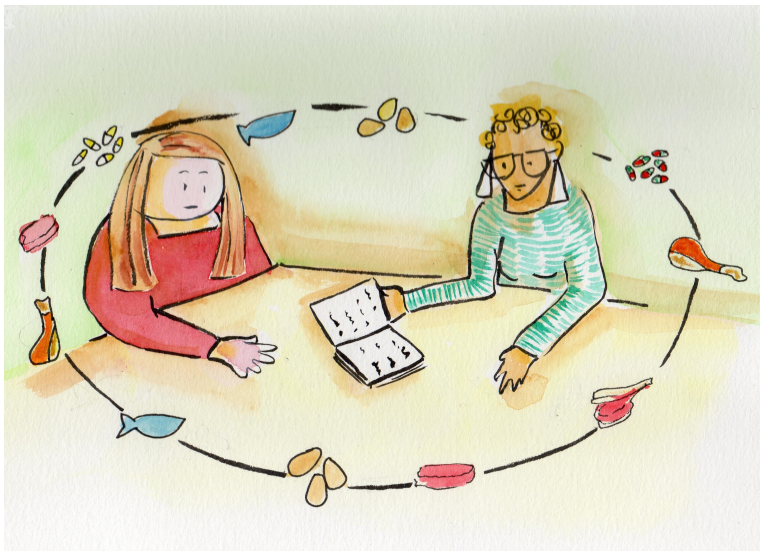
Diététicienne : Oui, j'ai vu sur le carnet. C'était mon numéro deux. Vous avez du mal avec la viande ?

Julie : Oui, un peu, ça me dégoûte, surtout la viande rouge. J'essaye avec le poulet mais ça passe un peu mal. J'ai comme un poids sur l'estomac, quand j'en mange.

Diététicienne : Oui, en effet votre consommation de protéines est un peu faible. Rien de grave, mais il faudrait en prendre un peu plus.

Julie : Comment faire ? En manger plus ?

Un carnet d’enquête diététique



Quelques aspects à améliorer dans votre alimentation

Diététicienne : Il y a deux manières : soit nous vous proposons un protocole de recherche dont l'objectif est d'augmenter votre consommation de protéines, soit nous décidons tout de suite, et je vous explique comment faire.

Julie : Qu'est-ce que ce protocole ?

Diététicienne : Si vous voulez, le chirurgien vous en dira un peu plus. L'idée est de vous proposer une application sur tablette (on vous prête la tablette) où vous évaluez votre consommation de protéines toutes les deux semaines, et l'application vous aide à améliorer votre consommation de protéines.

Julie : Ça a l'air sympa.

Diététicienne : Oui, c'est intéressant. Je vous propose d'en parler au chirurgien tout à l'heure. C'est lui qui dirige ce protocole.

Chirurgien : Bonjour Julie.

Julie : Bonjour docteur.

Chirurgien : On me dit que vous allez bien.

Julie : Oui Docteur, je suis contente. J'ai perdu 8 kg.

Chirurgien : Avez-vous des douleurs ?

Julie : Non.

Chirurgien : des vomissements ?

Julie : Non.

Chirurgien : Des nausées ?

Chirurgien : La diarrhée ?

Julie : Non, plutôt constipée.

Chirurgien : Bon, tout va bien. Allongez-vous que je vous examine.

Le médecin examine le ventre de Julie. Les cicatrices sont fermées ; le ventre est souple. Tout va bien.

Julie se rassoit.

Chirurgien : Tout d'abord, vous pouvez être rassurée. C'est normal d'être constipée en mangeant peu. Votre intestin fonctionne correctement. Ensuite, je vais vous prescrire des polyvitamines.

Julie : Pourquoi donc Docteur ? La diététicienne m'a parlé de protéines.

Chirurgien : Oui c'est vrai. Cependant, bien que l'opération soit une sleeve, quand la perte de poids est importante, et c'est le cas, il faut par prudence prescrire des vitamines : un comprimé par jour c'est mieux. De plus, toujours à cause de cette perte de poids, je souhaite vous prescrire un médicament pour éviter les calculs de la vésicule.

Julie : Bon, si vous le dites docteur, et pour les protéines ?

Chirurgien : Le chirurgien explique à Julie que cette application est en test, et qu'il lui propose de participer à cette étude. C'est un outil de self management de l'alimentation où les patients apprennent à gérer seuls la qualité de l'alimentation.

Julie accepte.

Le chirurgien examine Julie

Julie va essayer une application sur tablette pour gérer son alimentation

Conclusion à cet ouvrage

Voila la fin de ces scénarii. Nous avons accompagné Paul, Julie et Gaëlle dans ce parcours de plusieurs mois.

Gaëlle va sortir de la clinique et reprendre le cours de sa vie. Elle va retrouver son travail, et devra faire des aménagements dans sa vie.

Julie va retrouver Jonathan et entrer dans une nouvelle vie. Plus tard elle dira : « Je renais depuis cette chirurgie ».

Pour toutes les deux la vie commence ou recommence, et un accompagnement sera indispensable. On parle aujourd'hui de suivi. Je suis plus sensible au mot accompagnement, car il traduit bien le compagnonnage, le nécessaire apprentissage de la personne opérée, dans une nouvelle condition de vie. Ce mot dit le partenariat avec les soignants. Le mot suivi sous entend que le patient irait devant et que les soignants le suivraient. Le Pr Alain Golay, expert en éducation thérapeutique, m'a dit un jour, « Accompagner les patients c'est accepter de danser avec eux », et en danse il n'y en a pas un qui guide et l'autre qui suit, c'est l'accord des deux qui crée le beau mouvement.

Pourquoi une fin d'histoire si difficile pour Paul. Parce qu'une obésité aussi extrême ne doit pas être banalisée. Même si Paul est drôle, même s'il lui arrive tant d'évènements de santé, que nous pourrions le croire solide comme un roc, Paul est une personne fragile ! Fragile, cela veut dire : en apparence comme tout le monde, mais en fait susceptible d'être très malade. Un diabète traité par plusieurs injections d'insuline, des stents sur les artères coronaires, l'apparition d'une insuffisance rénale après une injection d'iode pour un examen sont des évènements fréquents, mais tout de même à 42 ans, c'est très tôt. le corps de Paul s'use plus vite que celui d'une personne dont le poids serait normal et c'est cela qu'il ne faut pas méconnaitre. On estime aujourd'hui qu'un homme de 20 ans avec une obésité sévère perdra plusieurs années de vie et passera de nombreuses années en mauvaise santé. C'est donc une maladie à prendre au sérieux et qu'il faut traiter sérieusement.

La chirurgie de l'obésité n'est pas la panacée, le traitement universel. Mais les 25 dernières années nous ont montré que c'est une option thérapeutique sérieuse. Et que comme pour tous les traitements, il faut être précis : peser le pour et le contre, informer et prendre une décision sereine en pleine connaissance de cause.

Former les patients à cela, informer leur famille est l'enjeu le plus important de ce traitement.

Paul, Julie et Gaëlle nous en diront peut-être plus dans les années à venir.

Remerciements

Je dédie ce travail à toutes celles et à tous ceux que j'ai rencontrés en plus de 15 ans d’expérience. Cela concerne surtout les patients qui m'ont beaucoup appris de leur proximité. Cela concerne aussi le docteur Guillaume Becouarn avec qui tout a commencé à Angers. Aujourd'hui, à Toulouse, je suis entouré d'une équipe experte, et je les remercie : Ana, les deux Emilie, Monelle, Mathieu et les Sophie, Babé, Patricia, Magali, Françoise, Anne-Laure, Brigitte et Sandrine, Coralie, Annie et Nathalie.

Les scénarii on fait l'objet de vives discussions, où nous avons beaucoup ri, dans le petit groupe constitué des deux Hélène, de Caroline, Sophie, d'Aurélie, de Leïla et d’Emmanuel. Merci aux étudiants qui nous ont accompagné dans ce travail.

Un mot pour Jasmine Terrou. Rencontre du hasard. Merci Jasmine d'avoir donné vie à ces personnages. Merci pour ces beaux dessins qui nous ont émerveillés, et pour les discussions au téléphone.

Enfin, un grand merci à Jean-Yves Plantec. Nous nous croisions depuis des années dans le bureau du Dr A. Estrade, quand tu t’es révélé créateur de MOOC, écrivain, éditeur. C’est grâce à toi que toute cette aventure a été possible, à la source, et jusqu’à la réalisation technique.

Patrick Ritz

Bibliographie et webographie

Référentiel de base :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_765529/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte

Place du médecin nutritionniste :

http://www.academie-chirurgie.fr/recomm/nutritionniste_prise_charge_obesite.pdf

Rubino F., Time to think differently about diabetes, Nature, 2016 ; 533 (7604) : 459-461

Crédits graphiques

Tous les dessins ont été réalisés par Jasmine Terrou. Tous droits réservés.

Editions du Caillou
5 rue du Pastel
31400 Toulouse

www.editions-du-caillou.fr

Achevé d'imprimer sur les presses de COREP

125, route de Narbonne – 31400 TOULOUSE

Création : Septembre 2016

Dépôt légal : Septembre 2016

Pr Patrick Ritz

Je ne veux plus être gros !

Ce livre, illustré par des dessins de Jasmine Terrou, est la série de dialogues et de scénarii élaborés pour raconter le parcours de trois personnages qui ont trop de poids. Ces dialogues illustrent le parcours, les difficultés, les doutes, les désirs de ces trois personnages, et les interactions avec les soignants qu'ils rencontreront. La question de la chirurgie de l'obésité se pose à chacun d'eux. Ce livre n'est pas une reproduction des recommandations de la Haute Autorité de Santé pour la chirurgie, mais une narration. L'objectif est que le lecteur vive ces expériences, voire qu'il s'identifie çà et là aux personnages.

Editions du Caillou
Toulouse

15€