

Nutrition-obésité

Nouveau programme ciblant les enjeux comportementaux de la perte de poids à l'aide de la chirurgie

Dre FLORENCE SOMERS^a, ANNA TOUMANOVA^a, LYDIA LANZA VON HALLER^a, SYLVIE CAMPOS^b, Dre MINOA K. JUNG^c et Pr ZOLTAN PATAKY^a

Rev Med Suisse 2024; 20: 76-9 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.856-7.76

Pour perdre du poids en situation d'obésité, la chirurgie bariatrique est un traitement efficace améliorant la santé métabolique sous réserve de changements comportementaux. Opter pour ce choix thérapeutique représente un véritable travail sur l'engagement des patients qui s'inscrit en complément de la consultation informative de chirurgie bariatrique. En effet, quel praticien n'a-t-il pas été confronté à l'impasse d'une demande urgente par des patients en souffrance surinvestissant cette intervention? L'éducation thérapeutique du patient offre l'opportunité de travailler avec les patients à leur statut d'acteur engagé au travers d'un nouveau programme éducatif ambulatoire. L'augmentation du sentiment d'auto-efficacité et le conflit sociocognitif sont des ingrédients qui permettent aux patients en réflexion d'investir les changements à long terme.

Nutrition-obesity New program about behavioural issues involved in weight loss through surgery

Bariatric surgery is an effective treatment to improve metabolic health as long as behavioural changes are made. Opting for this therapeutic choice represents a real commitment on the part of patients which is complementary to the informative bariatric surgery consultation. After all, what practitioner has not been confronted with an urgent request from patients suffering from obesity who are over-investing in this operation? Therapeutic Patient Education offers the opportunity to work with patients to develop their status as committed actors through a new outpatient educational program. Increased feelings of self-efficacy and socio-cognitive conflict are ingredients that allow patients to invest in long-term changes.

INTRODUCTION

Pour les patients en situation d'obésité à minima sévère (IMC > 35 kg/m²) ou modérée (IMC > 30 kg/m²) avec diabète de type 2 déséquilibré (HbA1c > 8% malgré plus de 12 mois de thérapie spécialisée optimale), la chirurgie bariatrique est l'option thérapeutique actuelle la plus efficace. À long terme,

elle permet une perte de poids durable associée à une résolution de comorbidités métaboliques (à 12 ans: perte de 27% du poids corporel, 51% de rémission du diabète de type 2).¹⁻³ Toutefois, 10 à 35% des patients opérés présentent une perte de poids insuffisante ou une reprise pondérale excessive selon les modalités de prise en charge dans les centres de référence.^{4,5} S'attacher à identifier les facteurs influençant l'évolution pondérale est crucial pour cette intervention de dernier recours. On distingue trois types de facteurs: a) non modifiables (âge, genre, indice de masse corporelle pré-opératoire, présence de comorbidités); b) dépendant de la procédure opératoire et c) relevant des comportements des patients. Les facteurs d'échec modifiables par ces derniers sont résumés dans le **tableau 1**.⁵⁻⁷ Ils font l'objet d'un travail spécifique en amont et en aval de la chirurgie bariatrique.

Selon la SMOB (Swiss Society for the Study of Morbid Obesity) et l'ASEMO (Association suisse pour l'étude du métabolisme et de l'obésité), trois dimensions sont considérées dans le processus décisionnel de recours à la chirurgie bariatrique:

- L'indication médicale.
- L'éligibilité sous l'appréciation des professionnels de santé.
- L'engagement des patients.^{8,9}

L'objectif de cet article est d'abord de nommer la problématique clinique qui se pose avec les patients lors du questionnement sur les enjeux comportementaux du traitement chirurgical de l'obésité. Ainsi, des grilles de lecture ou concepts pédagogiques viendront éclairer les stratégies en éducation thérapeutique du patient (ETP) déployées avec les patients dans un nouveau programme éducatif ambulatoire aux HUG.

TABLEAU 1		Facteurs d'échec de la chirurgie bariatrique liés aux comportements
Thèmes	Comportements	
Diététique	• Augmentation des apports caloriques quotidiens • Produits gras et sucrés en excès, y compris boissons • Faible ration de fibres • Structure alimentaire à faible nombre de repas quotidiens	
Comportement alimentaire	• Troubles persistants: hyperphagie, boulimie, grignotages, choix alimentaire inadéquat	
Activité physique	• Sédentarité	
Santé mentale	• Troubles non stabilisés: anxiété, dépression, addictions (alcool, drogues)	
Suivi de santé	• Suivi diététique irrégulier	

(D'après réf. 5-7).

^aUnité d'éducation thérapeutique du patient, Centre collaborateur OMS, Service d'endocrinologie, diabétologie, nutrition et éducation thérapeutique du patient, Département de médecine, Hôpitaux universitaires de Genève et Université de Genève, 1211 Genève 4,

^bPatiente partenaire, ^cService de chirurgie viscérale, Département de chirurgie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14
florence.somers@hcuge.ch | anna.toumanova@hcuge.ch | lydia.lanza@hcuge.ch
sylvie4567@gmail.com | minoa.jung@hcuge.ch | zoltan.pataky@hcuge.ch

HÉTÉROGÉNÉITÉ DU PUBLIC PLÉBISCITANT LA CHIRURGIE BARIATRIQUE ET MÉTABOLIQUE

Aux HUG, c'est le Service de chirurgie viscérale dans le Centre de référence de chirurgie bariatrique qui reçoit les demandes concernant les patients souhaitant une chirurgie bariatrique et coordonne l'étape d'éligibilité au traitement chirurgical au travers d'un colloque multidisciplinaire où sont représentés différents corps ou unités de professionnels de santé (chirurgie viscérale, diététique, ETP/diabétologie-endocrinologie, psychiatrie). Le niveau de préparation des patients est hétérogène. Plusieurs situations cliniques sont rencontrées selon l'éligibilité ou non des patients, voire en amont.

Public éligible à la chirurgie bariatrique

Les patients ont travaillé les changements favorables à la réussite de leur projet de perte de poids à l'aide de la chirurgie bariatrique au travers des suivis diététiques et/ou comportementaux antérieurs. Ils bénéficient en complément d'un programme d'ETP sur 3 jours, proposé par l'Unité d'éducation thérapeutique du patient (UETP) dans les semaines précédant l'intervention visant à renforcer les messages clés pour réussir leur projet.¹⁰ La coévaluation de ce programme avec des patients partenaires en 2022 a mis en lumière un niveau d'engagement des patients aux changements comportementaux variable complexifiant la dynamique de groupe et le processus d'apprentissage.¹¹

Public encore pas éligible à la chirurgie bariatrique

Un suivi diététique est organisé et l'UETP est sollicitée pour le travail comportemental complémentaire nécessaire suite à l'évaluation lors du colloque. Les professionnels de santé se heurtent régulièrement à l'incompréhension des patients face

à toute étape de travail supplémentaire qui « retarderait » le recours à la chirurgie. Dans ces circonstances, des ruptures de traitements et de relations thérapeutiques sont observables.

Public engagé dans un projet de perte de poids en réflexion sur la place du traitement chirurgical

Certains patients disposant d'un suivi actif centré sur le poids sont dans l'ambivalence à recourir à la chirurgie bariatrique source de questionnements.

GRILLES DE LECTURE ET CONCEPTS PÉDAGOGIQUES POUR FAVORISER UN ENGAGEMENT ÉCLAIRÉ

L'utilisation de grille de lecture et de concepts pédagogiques sur lesquels se base l'ETP permet de mieux comprendre les besoins du public et de clarifier l'enseignement ajusté à proposer.

Modèle transthéorique du changement (figure 1)

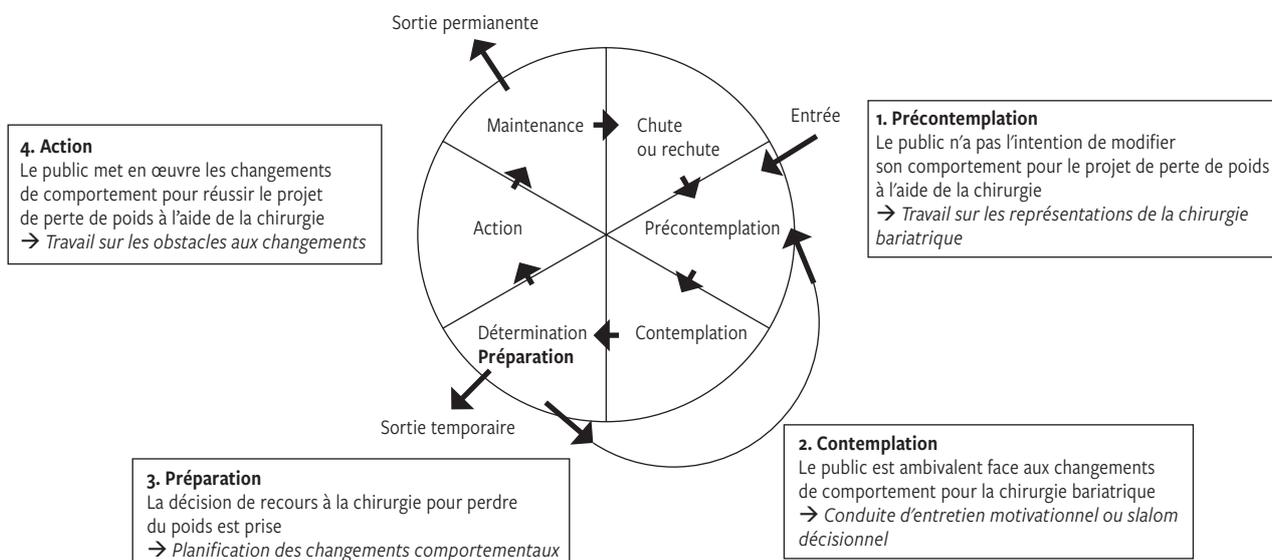
Ce modèle développé en 1982 par Di Clemente et Prochaska, psychologues, illustre les différents stades de changement dans le cadre d'addictions.¹² Il est transférable à tout changement de comportements, dont ceux en lien avec un projet de perte de poids à l'aide de la chirurgie bariatrique. Chaque stade est associé à un travail spécifique.

Il éclaire l'hétérogénéité de public constaté précédemment :

1. *Pré-contemplation*: le public n'a pas l'intention de modifier son comportement pour le projet de perte de poids à l'aide de la chirurgie. Pour les personnes à ce stade de changement, informer ne suffit pas, il convient de travailler les représentations autour de la chirurgie bariatrique.
2. *Contemplation*: le public est ambivalent face aux change-

FIG 1 Stades de changement et ajustement du travail éducatif

Adaptation du modèle transthéorique de changement selon Di Clemente et Prochaska à la situation des patients se décidant à la chirurgie bariatrique.



ments de comportement nécessaires pour l'intervention, dans la considération des avantages et des inconvénients de ce choix de traitement. C'est le moment où l'entretien motivationnel à l'aide du slalom décisionnel permet au patient de traverser son ambivalence en renforçant soit le discours changement, soit les inconvénients au statut quo et les avantages au changement.

3. *Détermination ou préparation*: la décision de recours à la chirurgie pour perdre du poids est prise. C'est le temps du travail sur les changements d'habitudes à mettre en place sur le long terme et leur planification.
4. *Action*: le public met en œuvre les changements de comportement pour réussir le projet de perte de poids à l'aide de la chirurgie. C'est le temps de travail sur les obstacles aux changements.¹³

Approche socio-cognitive ou concept d'auto-efficacité

Pour Bandura, psychologue américain du 20^e siècle, les individus sont des acteurs de leur propre vie constamment en train de négocier leurs actions, affects et projets avec les différentes facettes de leur environnement dans une influence réciproque entre personne, environnement et comportement. L'un des mécanismes les plus importants pour exercer ces actions est le développement de l'auto-efficacité: c'est la croyance que la personne a en ses propres capacités à agir (ou à changer) efficacement dans une situation donnée pour atteindre l'objectif défini.

Quatre sources renforcent cette auto-efficacité: les expériences actives de maîtrise, l'expérience vicariante (prendre exemple sur l'expérience réussie d'autres personnes pour s'en inspirer), la persuasion verbale (valorisation) et les sentiments associés à une humeur positive.¹⁴

La valorisation de l'ensemble du travail effectué par le patient dans le cadre de son projet de perte de poids en amont de la chirurgie favorise une compréhension réciproque, renforce la confiance du patient en ses compétences et le lien thérapeutique. Au travers de l'expérience vicariante, l'hétérogénéité du public (en pré-contemplation, contemplation ou préparation) devient une plus-value.

Modèle allostérique de l'apprendre selon Giordan

Giordan, professeur de Didactique des sciences genevois, propose dans les années 1990 un nouveau modèle pour mieux rendre compte du processus d'apprentissage et de sa complexité.¹⁵ Apprendre, c'est déconstruire et reconstruire ses conceptions. Pour amorcer le processus de déconstruction avant l'intégration de nouveaux savoirs, une confrontation des savoirs est nécessaire. Elle peut se faire grâce à un conflit cognitif favorisé par des travaux en groupe.

Travailler les représentations de la chirurgie bariatrique en groupe de pairs autorise les patients à questionner leur adéquation face à leur projet de perte de poids à l'aide de la chirurgie, sans perception de remise en cause. L'apport secondaire d'informations scientifiques sur le thème de la chirurgie bariatrique participe à la reconstruction des conceptions de chacun.

TRAVAILLER L'ENGAGEMENT AUX CHANGEMENTS POUR PERDRE DU POIDS AVEC LA CHIRURGIE (figure 2)

Depuis 2023, l'UETP propose un nouveau programme éducatif permettant aux patients de travailler leur engagement aux changements comportementaux pour leur projet de perte de poids dans la perspective d'un recours à la chirurgie bariatrique. Cette journée ambulatoire est animée par une équipe interdisciplinaire (médecins, infirmiers, diététicienne et psychologue).

Après un accueil recensant les questionnements actuels ciblés des patients, ils sont interrogés sur leurs conceptions de la chirurgie bariatrique en les argumentant. De l'information est apportée dans un second temps.

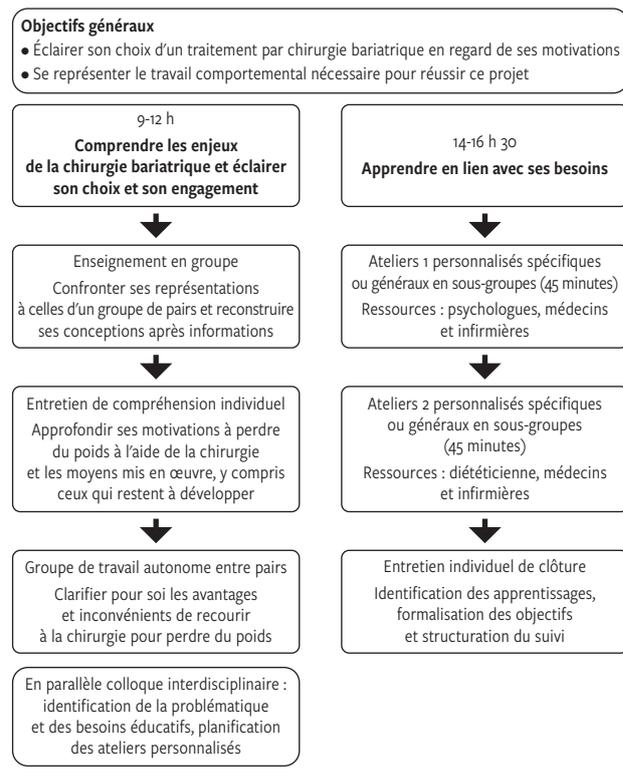
Les patients bénéficient ensuite d'un entretien de compréhension individuel explorant:

- Leurs motivations actuelles à perdre du poids.
- Les changements mis en œuvre dans les différents axes de traitement (diététique, activité physique, psychique et comportement alimentaire, médical).
- Leurs raisons de recourir à la chirurgie bariatrique.
- Les changements restant à investir pour réussir ce projet de perte de poids à l'aide de la chirurgie à long terme.

À l'issue de ces entretiens, l'équipe interdisciplinaire se réunit pour rendre compte de la problématique éducative de chaque patient et de ses besoins relevant des changements

FIG 2 Programme ETP: enjeux comportementaux du traitement bariatrique

ETP: éducation thérapeutique du patient.



comportementaux. Elle définit les deux séries d'ateliers spécifiques en sous-groupes de patients pour les activités de l'après-midi.

En parallèle, les patients réfléchissent à l'aide d'un support sur les avantages et inconvénients pour eux de recourir à la chirurgie pour perdre du poids.

L'après-midi, les thèmes des ateliers sont spécifiques à la chirurgie bariatrique (spécificités des changements diététiques après chirurgie bariatrique, groupe de partage autour du vécu du choix du recours à la chirurgie bariatrique), et/ou plus généraux au travers des différents axes de traitement de l'obésité (exemples d'ateliers: stratégies de gestion du stress, bases de l'équilibre alimentaire, un petit projet d'activité physique, soutenir sa motivation à faire des changements, atelier sur les alternatives médicamenteuses, etc.).

La journée se clôture par un entretien individuel pour valoriser les apprentissages réalisés durant la journée ainsi que formaliser les objectifs de changements et le suivi.

Les premières expériences montrent des patients qui clarifient les implications comportementales du choix de recourir à la chirurgie bariatrique pour perdre du poids. Ils se représentent davantage leur statut d'acteurs à part entière de la réussite de ce projet dans un climat collaboratif avec les professionnels de santé ainsi que le travail comportemental à effectuer. Quelques verbatims recueillis l'étayent: «Ça m'a éclairci, sur le processus (de préparation à la chirurgie) et l'après», «c'était génial car ça m'a permis de voir les choses de manière concrète (à propos de changements comportementaux); avant j'étais trop dans le théorique du bypass. Ça me motive à prendre une bonne décision».

CONCLUSION

L'ETP pratiquée en groupe de pairs par une équipe interdisciplinaire expérimentée permet de soutenir l'engagement des

patients aux changements à long terme pour leur projet de perte de poids à l'aide de la chirurgie dans un climat collaboratif et constructif. Elle s'appuie sur des concepts pédagogiques ciblés (auto-efficacité, conflit cognitif) avec l'éclairage des différents stades de changement. Ce nouveau programme éducatif de l'UETP s'intègre dans une dynamique collaborative avec le Service de chirurgie viscérale et son Centre de référence de chirurgie bariatrique. Ces deux entités à travers le Centre de l'obésité et de la chirurgie bariatrique des HUG visent des prestations de qualité en ajustement constant avec les besoins des patients.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:

F. Somers: <https://orcid.org/0000-0002-0345-6471>

M. Jung: <https://orcid.org/00000-0003-2352-4774>

Z. Pataky: <https://orcid.org/0000-0002-8720-3833>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Réussir un projet de perte de poids à l'aide de la chirurgie nécessite la mobilisation active des patients à mettre en place des changements dans différents axes (diététique, activité physique, comportement alimentaire ou psychique) avant et après la chirurgie.
- La phase de décision de recourir à la chirurgie bariatrique est délicate tant pour les patients que pour les professionnels de santé: recevoir ou donner de l'information ne suffit pas.
- L'Unité d'éducation thérapeutique du patient a toute sa place dans le parcours bariatrique: le travail éducatif réalisé permet aux patients de s'engager pour leur projet de santé dans une collaboration constructive avec les professionnels de santé.

1 *Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial – a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Intern Med.* 2013 Mar;273(3):219-34.
2 Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, et al.; Swedish Obese Subjects Study Scientific Group. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med.* 2004 Dec 23;351(26):2683-93.
3 *Adams TD, Davidson LE, Litwin SE, et al. Weight and Metabolic Outcomes 12 Years after Gastric Bypass. *N Engl J Med.* 2017 Sep 21;377(12):1143-55.
4 Buchs NC, Morel P, Azagury DE, et al. Laparoscopic versus robotic Roux-en-Y gastric bypass: lessons and long-term follow-up learned from a large prospective monocentric study.

Obes Surg. 2014 Dec;24(12):2031-9.

5 Karmali S, Brar B, Shi X, et al. Weight recidivism post-bariatric surgery: a systematic review. *Obes Surg.* 2013 Nov;23(11):1922-33.

6 El Ansari W, Elhag W. Weight Regain and Insufficient Weight Loss After Bariatric Surgery: Definitions, Prevalence, Mechanisms, Predictors, Prevention and Management Strategies, and Knowledge Gaps—a Scoping Review. *Obes Surg.* 2021 Apr;31(4):1755-66.

7 Masood A, Alsheddi L, Alfayadh L, et al. Dietary and Lifestyle Factors Serve as Predictors of Successful Weight Loss Maintenance Postbariatric Surgery. *J Obes.* 2019 Feb 12;2019:7295978.

8 Swiss Study Group for Morbid Obesity and Metabolic Disorder (SMOB). Directives pour le traitement chirurgical de l'obésité. 1^{er} juillet 2021. www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-leistungen/referenzdokumente-klv-anhang-1/anh1_010723_smob_richtlinien.pdf.download.pdf/01_1_directives_smob_traitement_obesite_010723.pdf

9 Association suisse pour l'étude du métabolisme et de l'obésité (ASEMO). Consensus du traitement de l'obésité [En ligne]. 2016. Disponible sur: www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/1_ueber_uns/15_ASEMO/2017_05_30_consensus_FINAL_FR.pdf

10 Somers F, Correia J, Blyweert V, et al. Transforming with partner patients a program of preparation for bariatric surgery. *Ther Patient Educ.* 2019 Nov 25;11(2):20402.

11 Somers F, Toumanova A, Bass J, Pataky Z. Concevoir un programme de préparation à la chirurgie bariatrique avec les patients: des enjeux

aux bénéfiques. *Rev Med Suisse.* 2023 Mar 33;19(819):562-6.

12 Prochaska JO, Diclemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integration model of change. *Psychotherapy (Chic).* 1982;19(3):276-88.

13 *Golay A, Lager G, Giordan A. Comment motiver le patient à changer? Paris: Maloine, 2020.

14 Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1986.

15 Giordan A. Le modèle allostérique et les théories contemporaines sur l'apprentissage. Conceptions et connaissances. Berne: Peter Lang, 1994.

* à lire