



HAL
open science

Alcool et chirurgie de l'obésité: liaisons dangereuses? Déterminants de l'augmentation de la consommation d'alcool chez les femmes après une chirurgie de l'obésité type bypass gastrique

Marine Lancien

► To cite this version:

Marine Lancien. Alcool et chirurgie de l'obésité: liaisons dangereuses? Déterminants de l'augmentation de la consommation d'alcool chez les femmes après une chirurgie de l'obésité type bypass gastrique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-03548854

HAL Id: dumas-03548854

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03548854>

Submitted on 31 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

UNIVERSITE DE BREST – BRETAGNE OCCIDENTALE
Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé

Année 2017

THESE DE
DOCTORAT en MEDECINE GENERALE

DIPLOME D'ETAT

Par Mme LANCIEN Marine Emilie Yvonne

Née le 07/09/1988, à NANTES

Présentée et soutenue publiquement le 18 mai 2017

Alcool et chirurgie de l'obésité : liaisons dangereuses ?

Déterminants de l'augmentation de la consommation d'alcool chez les femmes après une chirurgie de l'obésité type bypass gastrique

Président M. le Professeur DELARUE Jacques

Membres du Jury M. le Professeur LE FLOCH Bernard

Mme le Docteur BARAIS Marie

Mme le Docteur KERJEAN Jacqueline

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

DOYENS HONORAIRES

Professeur H. FLOCH

Professeur G. LE MENN (†)

Professeur B. SENECAIL

Professeur J. M. BOLES

Professeur Y. BIZAIS (†)

Professeur M. DE BRAEKELEER (†)

DOYEN

Professeur C. BERTHOU

PROFESSEURS EMERITES

CENAC Arnaud

Médecine interne

LEHN Pierre

Biologie cellulaire

YOUINOU Pierre

Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES EN SURNOMBRE

MOTTIER Dominique

Thérapeutique

RICHE Christian

Pharmacologie fondamentale

LEFEVRE Christian

Anatomie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS CLASSE EXCEPTIONNELLE

BOLES Jean-Michel

Réanimation médicale

COCHENER-LAMARD Béatrice

Ophtalmologie

DEWITTE Jean-Dominique

Médecine et santé au travail

FEREC Claude

Génétique

GILARD Martine

Cardiologie

JOUQUAN Jean

Médecine interne

OZIER Yves

Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

ROBASZKIEWICZ Michel

Gastroentérologie hépatologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS 1^{ÈRE} CLASSE

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BERTHOU Christian	Hématologie
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie infantile
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LACUT Karine	Thérapeutique
LE ROYER Christophe	Pneumologie
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LOZAC'H Patrick	Chirurgie digestive
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino laryngologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie médicale – option gynécologie obs.
MISERY Laurent	Dermatologie vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie mycologie
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
PAYAN Christopher	Bactériologie virologie hygiène
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
STINDEL Éric	Biostat., informatique méd. et tech de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie adultes

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS 2^{EME} CLASSE

ANSART Séverine	Maladies infectieuses, maladies tropicales
AUBRON Cécile	Réanimation médecine d'urgence
BEN SALEM Douraid	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Eric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOTBOL Michel	Psychiatrie infantile
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DAM HIEU Phong	Neurochirurgie
DELLUC Aurélien	Médecine interne
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HUET Olivier	Anesthésiologie réanimation chirurgicale méd. urgences
LIPPERT Éric	Hématologie
LE MARECHAL Cédric	Génétique
L'HER Erwan	Réanimation médicale
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie hépatologie
PRADIER Olivier	Cancérologie radiothérapie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

LE RESTE Jean-Yves	Médecine générale
LE FLOC'H Bernard	Médecine générale

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE ASSOCIES A MI-TEMPS

BARRAINE Pierre	Médecine générale
------------------------	-------------------

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - LRU

BORDRON Anne

Biochimie et biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS HORS CLASSE

PERSON Hervé

Anatomie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS 1ERE CLASSE

ABGRAL Ronan

Biophysique et médecine nucléaire

CORNEC Divi

Rhumatologie

DE VRIES Philine

Chirurgie infantile

DOUET-GUILBERT Nathalie

Génétique

HERY-ARNAUD Geneviève

Bactériologie virologie hygiène

HILLION Sophie

Immunologie

JAMIN Christophe

Immunologie

LE BERRE Rozenn

Maladies infectieuses maladies tropicales

LE GAC Gérald

Génétique

LE ROUX Pierre-Yves

Biophysique et médecine nucléaire

LODDE Brice

Médecine et santé au travail

MIALON Philippe

Physiologie

MOREL Frédéric

Méd. et biologie du développement et de la reproduction

PLEE-GAUTIER Emmanuelle

Biochimie et biologie moléculaire

QUERELLOU Solène

Biophysique et médecine nucléaire

VALLET Sophie

Bactériologie virologie hygiène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS 2EME CLASSE

LE GAL Solène

Parasitologie mycologie

LE VEN Florent

Cardiologie

PERRIN Aurore

Méd. et biologie du développement et de la reproduction

TALAGAS Matthieu

Cytologie et histologie

UGUEN Arnaud

Anatomie et cytologie pathologiques

MAITRES DE CONFERENCES MEDECINE GENERALE

NABBE Patrice

Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES MEDECINE GENERALE ASSOCIES DES UNIVERSITES A MI-TEMPS

BARAIS Marie	Médecine générale
CHIRON Benoît	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
FAYAD Hadi	Génie informatique, automatique et traitement du signal
HAXAIRE Claudie	Sociologie démographique
KARCHER Brigitte	Psychologie clinique
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Electronique et onformatique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES A TEMPS COMPLET

MERCADIE Lolita	Rhumatologie
------------------------	--------------

AGREGES / CERTIFIES DU SECOND DEGRE

MONOT Alain	Français
RIOU Morgan	Anglais

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Serment prononcé par le Docteur LANCIEN Marine Emilie Yvonne

Le jeudi 18 mai 2017

Pour l'Ordre national des médecins

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jacques DELARUE, pour avoir accepté la présidence de ce jury de thèse et l'honneur de votre présence en ce jour.

Au Professeur Bernard LE FLOCH, pour l'aide que vous m'avez apportée dans la réalisation de ce projet et votre présence dans ce jury.

Au Docteur Marie BARAIS, pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail et votre présence dans ce jury.

Au Docteur Jacqueline KERJEAN, pour m'avoir proposé ce sujet, qui a éveillé chez moi un intérêt certain, ainsi que pour votre aide précieuse à chaque étape de ce travail.

A mes parents, pour leur soutien depuis le premier jour.

A mes petites sœurs, pour les moments de détente à la maison qui m'ont aidé à tenir le coup.

A toute la famille de la Guinière, qui m'a encouragée à chaque étape de mon parcours (et pour les pauses en terrasse au soleil...).

A Papy, j'aurai aimé que tu sois là.

A Vanoche, Marylou, Drey, mes *coupines*, présentent depuis la maternelle (ou presque), encore beaucoup d'aventures à venir.

A la famille Lancien, une famille formidable.

A mes co-externes de Nantes, pour les matinées tapisseries dans les couloirs du CHU, les sous-colles mikado et vin chaud, les post exams au sur-mesure (on s'en est sorti quand même !).

A mes co-internes Paimpolaises, et tous ces bons moments passés depuis (on n'oubliera jamais cette soirée lambada !).

A tous mes maitres de stages de Quimper, Fouesnant, Paimpol, Pont l'abbé, Lesconil, Guilvinec, qui m'ont transmis leurs savoirs et leurs passions du métier.

Aux bigoudens, pour leur accueil dans leur magnifique pays.

A la brasserie Pelforth, et cette rencontre un soir de février...

TABLE DES MATIERES

Résumé	page 1
Introduction	page 2
Matériel et Méthode	page 4
Résultats	page 5
1 – Avant le bypass gastrique	page 5
2 – Les modifications apportées par l'intervention	page 7
3 – Après le bypass gastrique	page 9
4 – Déterminants de l'augmentation de la consommation d'alcool après une chirurgie de type bypass gastrique	page 11
Discussion	page 14
1 – Forces et limites de l'étude	page 14
2 – Avant le bypass gastrique	page 15
3 – Les modifications apportées par l'intervention	page 16
4 - Après le bypass gastrique	page 17
Conclusion	page 20
Bibliographie	page 21
Annexes	
1 – Fiche technique Anneau gastrique	
2 – Fiche technique <i>Sleeve gastrectomy</i>	
3 – Fiche technique <i>Bypass gastrique</i>	
4 – Fiche technique Dérivation bilio-pancréatique	
5 – Parcours du patient candidat à la chirurgie bariatrique	
6 – Avis du comité d'éthique pour la recherche	
7 – Exemple de consentement patient (feuille 1 et 2)	
8 – Score FACE	

Alcool et chirurgie de l'obésité : liaisons dangereuses ?

Déterminants de l'augmentation de la consommation d'alcool chez les femmes après une chirurgie de l'obésité type bypass gastrique.

Résumé

Introduction : Les récentes données de la littérature rapportent une augmentation d'un mésusage ou d'une dépendance à l'alcool après une chirurgie bariatrique de type bypass gastrique. L'abus d'alcool peut correspondre à une récurrence d'un problème d'alcool existant avant l'intervention, mais il peut s'agir d'un mésusage *de novo*. Nous avons étudié ces patients, ayant une dépendance à l'alcool après un bypass gastrique, recrutés dans un centre de soins et de réadaptation en alcoologie féminine.

L'objectif de l'étude est d'identifier les déterminants de l'augmentation de la consommation d'alcool chez ces femmes après une chirurgie de l'obésité type bypass gastrique.

Matériel et Méthode : Nous avons réalisé huit entretiens semi-dirigés auprès de femmes volontaires. Les critères de recrutements étaient d'avoir effectué une postcure en addictologie dans l'établissement et d'avoir un antécédent de bypass gastrique. L'analyse des données a été effectuée par la méthode de théorisation ancrée.

Résultats : Avant le bypass, un contexte psychique fragile, un refuge dans la nourriture, des comportements excessifs et une inhibition provoquée par l'obésité sont évoqués. Le bypass va provoquer des modifications : perception plus rapide et plus intense des effets de l'alcool, perte de repère suite aux modifications corporelles. Après le bypass, émerge le transfert d'addiction, la notion de guérison incomplète et un accompagnement médical insuffisant sur le plan psychologique.

Discussion : Nos résultats sont comparables aux données de la littérature. Une étude portant sur un plus grand échantillon serait utile pour obtenir des résultats significatifs sur la prévalence des déterminants.

Conclusion : Nécessité d'informer les patients candidats au bypass sur les effets modifiés de l'alcool liés à et du risque majoré d'abus d'alcool après l'intervention. Le suivi psychologique doit être optimisé pour repérer les complications psychologiques et addictologiques après l'opération.

Mots clés :

Femme, bypass gastrique, dépendance alcool, transfert addiction

Introduction

La population française comprend 15% de personnes obèses (18 ans et plus) selon les résultats d'une étude épidémiologique de 2012 [1]. Ce qui correspond à plus de 6,9 millions de personnes sur l'hexagone. L'obésité est définie par un indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m². La prévalence de personnes obèses est supérieure chez les femmes (15,7% versus 14,3%). La prévalence de l'obésité en France a augmenté de 76,4% entre 1997 et 2012 [1,2].

La prise en charge de l'obésité constitue un enjeu de santé publique. Selon les recommandations de la haute autorité de santé (HAS), une prise en charge médicale est indiquée en première intention [3]. En cas d'échec d'un traitement médical bien conduit, une prise en charge chirurgicale est indiquée en seconde intention. On distingue deux types de chirurgie de l'obésité : les interventions basées sur une restriction digestive (anneau gastrique plus ou moins ajustable, la gastrectomie longitudinale ou *sleeve gastrectomie*) [Annexes 1 et 2] et les interventions basées sur la restriction et la malabsorption digestive (le *bypass gastrique* et la dérivation bilio-pancréatique) [Annexes 3 et 4].

Les objectifs de ces interventions sont de favoriser une perte de poids (correspondant à 45-70% de l'excès de poids), de diminuer les comorbidités cardio-vasculaires et la mortalité liée à l'obésité. Dans ces recommandations, la haute autorité de santé publique a publié une liste d'indications et de contre-indications à ce type de chirurgie permettant de poser l'indication opératoire [3]. Après un parcours de soins de plusieurs mois, l'indication opératoire est validée ou invalidée suites aux évaluations menées par une équipe pluridisciplinaire [Annexe 5]. En 2013, 47 000 interventions ont été effectuées en France. Par rapport aux chiffres de 2006, le nombre d'interventions a triplé en sept ans [4], 83% des patients opérés sont des femmes [5].

Parmi les nombreuses études réalisées sur cette population, quelques-unes s'intéressent à la problématique de l'alcool. En comparant la prévalence d'abus d'alcool et de dépendance à l'alcool avant et après un *bypass gastrique* chez 70 patients, Ertelt *et al.* [6] ont observé que 2,9% des sujets avaient augmenté leur consommation d'alcool après la chirurgie. Des patients qui ne buvaient pas avant ont développé spontanément un mésusage de l'alcool (2,9%), alors que 22,9% ont diminué leur consommation suite au *bypass*. Dans cet échantillon, 54,3% des patients ont constaté un changement de réponse à l'alcool après le *bypass*, 34,3% sentent un effet plus rapidement, et en buvant moins pour 20,0%. King *et al.* [7] dans leur étude de cohorte portant sur 1945 candidats à une chirurgie de l'obésité, ont démontré que la prévalence des troubles liés à l'alcool n'était pas significativement différente entre l'année pré-intervention et la première année post-intervention (7,6% versus 7,3%) mais était significativement plus importante à partir de la deuxième année post-intervention (9,6%) et particulièrement après un *bypass gastrique*. De plus 60,5% des personnes qui ont développé un trouble lié à l'usage d'alcool en postopératoire, n'en avait pas avant l'intervention. Une étude prospective réalisée à partir d'une grande cohorte, montre que la proportion de patients présentant une consommation à risque moyen (40-60g alcool chez l'homme, 20-40g/jour chez la femme) est significativement plus élevée chez les patients avec un *bypass gastrique* par rapport au groupe contrôle et aux procédures restrictives. Il en est de même pour le nombre de diagnostic en lien avec l'alcool (intoxication alcoolique aiguë, maladie aiguë ou chronique liées à l'alcool) [8]. D'autres travaux montrent que les patients opérés d'un *bypass gastrique* ont deux fois plus de risques d'être hospitalisés pour un trouble lié à l'alcool en post opératoire, comparés aux patients avec une chirurgie restrictive. Il n'y avait pas de différence entre ces deux groupes avant l'intervention, par rapport au diagnostic d'abus d'alcool [9]. Concernant la temporalité de ce problème d'alcool, une étude réalisée auprès de 823 patients ayant été pris en charge dans une clinique d'addictologie entre 2004 et 2012, montre que 41 patients admis (4,9%) ont un antécédent de *bypass gastrique*. L'étude de leur consommation d'alcool montre que ces patients ont repris ou initié l'alcool en moyenne 1,42 an après l'intervention. Que des consommations pathologiques sont apparues en moyennes 3,1 ans après. Qu'un traitement pour un problème d'alcool a été initié au bout de 5,4 ans. Parmi ces patients dépendants à l'alcool avec un antécédent de *bypass gastrique*, 17% ne buvaient pas d'alcool avant l'opération [10]. Dans une revue de la littérature, les auteurs ont observé que la fréquence et la quantité d'alcool consommé avaient tendance à

diminuer directement après l'opération, puis à augmenter environ deux ans après l'opération. Ces résultats sont retrouvés surtout pour les bypass gastriques [11]. La variabilité des méthodes utilisées et des tailles d'échantillons entraîne une disparité des résultats, ne permettant pas d'obtenir une certitude statistique au sujet de l'augmentation de la consommation d'alcool après un bypass gastrique. Mais il existe un pourcentage non négligeable de patients qui présente un problème de consommation d'alcool de novo, après une chirurgie de type restriction-malabsorption. Il est important de prendre en compte ces résultats dans la prise en charge des patients opérés, en développant l'information.

Dans une démarche semblable, la proportion de femmes avec un antécédent de chirurgie de l'obésité parmi les patientes prises en charge dans un centre de soins et de réadaptation en alcoologie du Morbihan (56) interpelle. Les études qualitatives manquant sur ce sujet, il a été choisi d'étudier cette population pour mieux comprendre le développement de cette addiction après ce type de chirurgie. Et avoir une action efficace préventive et/ou curative. Ces patientes ont choisi à un moment de leur vie de recourir à une procédure invasive pour perdre du poids, qui est la chirurgie de l'obésité. La perte de poids importante générée à la suite de l'intervention a retenti sur le psychisme et la perception corporelle des patientes. Puis secondairement sur leur environnement familial, social et professionnel, ainsi que sur leurs consommations d'alcool et leurs comportements alimentaires. Cette étude a pour objectif de retrouver les déterminants de l'augmentation de la consommation d'alcool chez les femmes après une chirurgie de l'obésité, type bypass gastrique.

Matériel et Méthode

Il a été fait une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patientes ayant eu un bypass gastrique [12]. Le recrutement a été effectué au sein du centre de rééducation et de réadaptation en addictologie, Kerdudo, dans le Morbihan. L'objectif était d'explorer la situation des patientes avant l'intervention, les modifications apportées par l'intervention sur les individus et sur leur environnement, ainsi que leurs rapports à l'alcool. Après autorisation des médecins et du directeur de l'établissement, le recrutement s'est basé sur la consultation des dossiers médicaux informatisés des patientes, ayant séjournées au centre entre janvier 2011 et décembre 2016. Les patientes recrutées avaient été prises en charge dans ce centre pour une dépendance à l'alcool, et avaient parmi leurs antécédents une chirurgie type bypass gastrique. Au vu des données de la littérature montrant un lien entre l'augmentation des consommations d'alcool et les interventions type restriction-malabsorption, le choix a été fait de d'étudier uniquement les patientes ayant eu un bypass gastrique. Le protocole de l'étude a été transmis au comité d'éthique à la recherche de l'université de Bretagne Occidentale affirmant que cette étude ne soulève pas de problème en matière d'éthique [Annexe 6]

Une liste de 16 patientes ayant, parmi leurs antécédents un bypass gastrique, a été obtenue. 12 patientes ont été contactées afin de les informer du déroulement de cette étude. Après un délai de réflexion d'environ six semaines, 8 patientes ont accepté de participer à un entretien. Le consentement écrit de ces patientes a été obtenu [Annexes 7]. Il s'agissait d'entretiens téléphoniques pour sept d'entre elles, en raison de l'éloignement géographique. Un seul entretien présentiel a pu être réalisé, la patiente séjournant au centre Kerdudo au moment de la réalisation du travail. Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien. Ce guide a été rédigé par des médecins addictologues et généralistes, connaissant bien la problématique des addictions. Les entretiens ont été enregistrés de façon anonyme, permettant la retranscription de l'intégralité de leur contenu. La durée des entretiens allait de 30 minutes à 60 minutes en moyenne. Les personnes interviewées ont pu relire leur *verbatim* et valider les propos. Le codage des interviews a été réalisé par l'investigateur principal selon la méthode de théorisation ancrée. Le codage a été discuté et validé par l'un des coauteurs.

Résultats

L'étude a été réalisée en 2016 et 2017. Les critères de recrutement retenus étaient d'avoir effectué une post cure en alcoologie entre 2011 et 2016, et d'avoir un antécédent de bypass gastrique. L'échantillon a pu être varié sur l'âge, le niveau de formation et sur l'origine géographique. Le genre était fixé par la spécificité de l'établissement, qui prend en charge uniquement des femmes (Tableau 1). L'investigateur a réalisé huit interviews qui ont permis la saturation. Le codage du verbatim a été regroupé en trois thèmes principaux : l'avant bypass, les modifications apportées par l'intervention, et l'après bypass.

N°	1	2	3	4	5	6	7	8
Age	47	62	36	53	34	49	64	43
Situation maritale	Divorcée	Veuve	Célibataire	Divorcée	Mariée	Divorcée	Divorcée	Mariée
Nombre d'enfants	2	2	1	0	2	3	2	2
Niveau de formation	Bac + 1	Bac + 5	Bac	Brevet	Licence	Licence	Bac	CAP
Situation professionnelle	Sans emploi	Retraitée	Interimaire	Salariée	Salariée	Invalidité	Retraitée	Invalidité
Milieux de vie	Urbain	Semi rural	Rural	Rural	Semi rural	Urbain	Urbain	Rural
Année du BY PASS	2007	2009	2010	2010	2009	2006	2010	2012
Taille (m)	1,6	1,6	1,75	1,71	1,68	1,7	1,65	1,7
Poids avant by pass (kg)	119	148	127	167	127	54	120	147
IMC avant by pass (kg/m ²)	46,5	57,8	41,5	57,1	45	18,7	44,1	50,9
Perte de poids maximale (kg)	50	60	50	45	40	50	50	44
IMC minimal (kg/m ²)	27	34,4	25,1	41,7	30,8	36	25,7	35,6
Poids actuel (kg)	69	95	85	150	80	100	69	105
IMC actuel (kg/m ²)	27	37,1	27,8	51,3	28,3	34,6	25,3	36,3

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

1 - Avant le bypass gastrique

Caractéristiques des individus :

Parmi les thématiques qui émergent concernant le psychisme des patientes, on retrouve des traumatismes psychiques anciens : un conjoint violent (« *je suis sortie avec quelqu'un qui m'a tapé dessus* »), un viol, des abandons maternels, le divorce des parents, des morts violentes de proches (« *dans le même temps il y a eu mon père, ma petite sœur, et ma belle-sœur qui s'est suicidée* »), des traumatismes familiaux divers (« *il y a eu avec mon mari...il s'est fait arrêter par les gendarmes. Enfin il y a eu une histoire assez sordide* »). Une souffrance psychique antérieure (« *j'ai fait trois grosses tentatives de suicide* »), en lien avec des carences affectives familiales (« *j'ai jamais eu le modèle d'une mère* ») une accumulation d'événements de vie négatifs (« *je pense qu'il y a une accumulation de faits, de ma jeunesse, de trauma, de choses...* ») ou des dépressions. Cette souffrance est présente à différents âges de la vie (enfance, adolescence, âge adulte). Des comportements excessifs sont retrouvés (« *mon souci, c'est que j'ai toujours été à l'extrême* »). L'obésité provoque aussi une perte de l'estime de soi (« *je me détestais* »), un manque de confiance en soi, une culpabilité liée à l'obésité (« *j'avais honte de moi* »), une volonté de s'effacer (« *je me cachais, toujours habillée en noir, avec des trucs très larges* ») et une souffrance psychique liée à cette obésité (« *je me sentais pas bien dans ma peau* »).

Sur le plan somatique, l'obésité entraîne des conséquences cardio-vasculaires, rhumatologiques, ainsi qu'une perte d'autonomie (« *le fait de ne pas pouvoir marcher* », « *je vivais en situation de handicap* ») et une souffrance physique des individus (« *j'en pouvais plus d'être essoufflée du matin au soir, au moindre mouvement* »). Le rapport au corps avant l'intervention est perturbé avec une difficulté d'acceptation de ce

corps, voir un rejet total de ce corps (« *et physiquement je me détestais* », « *me mettre en maillot de bain, c'était terrible, aller à la piscine c'était terrible, aller au bord de mer, n'en parlons pas* »). Lorsque le thème de la sexualité est évoqué les données sont très éparses. Cela peut correspondre à une sexualité active avant l'intervention (« *je donnais le change* »), voire importante (« *j'ai eu une période très festive avec les hommes* »). Ou à une sexualité pauvre voire inexistante (« *tout ce qui est sexualité, ça a été mis de côté* »). Une découverte tardive de la sexualité, un manque de confiance dans l'acte sexuel (« *niveau relation sexuelle, c'était dans le noir* », « *j'étais restée la femme un peu soumise* »), et une peur de rejet du conjoint sont aussi évoqués (« *l'impression de ne pas plaire à mon mari* »).

Ces femmes évoquent le début de leur problème de poids à différents âges de la vie. Différents facteurs déclenchants sont identifiés : un deuil, des grossesses rapprochées, un abandon dans l'enfance. Leurs parcours afin de perdre du poids sont caractérisés par un enchaînement de régimes alimentaires (« *toute ma vie, j'ai fait plus ou moins des régimes* »), l'usage de techniques parfois dangereuses et contestables (« *j'ai pris de l'isoméride* », « *j'ai été voir des toubibs véreux qui m'ont fait prendre des anabolisants, des trucs pour les sportifs* »), voir même un recours à une première chirurgie bariatrique et un échec de celle-ci (« *je me suis fait faire une gastroplastie. Ça c'est pas très bien passé, et euh, j'ai repris du poids...* »).

Rapports avec l'entourage

Les situations familiales de ces patientes avant l'intervention sont variables, allant des bonnes relations aux conflits familiaux (« *différents conflits avec mon papa, de très très gros conflits* ») voire à l'isolement familial. L'obésité des patientes peut générer une inquiétude de l'entourage proche (« *ils étaient inquiets pour moi* »). Cet entourage peut aussi jouer un rôle actif dans cette prise de poids en l'encourageant dans l'enfance. Un contexte d'obésité familiale est évoqué par une patiente. Sur le plan relationnel, un surinvestissement émotionnel vis-à-vis d'un membre de la famille est décrit (« *lui et moi c'est très fusionnel* »), en occupant même le rôle de soignant (« *je m'en suis énormément occupé, je faisais son suivi médical* »).

Sur le plan conjugal, les patientes ont rapporté des difficultés conjugales, une indifférence du conjoint et des séparations conjugales sur cette période. Le conjoint peut aussi être présent, sans impact de l'obésité sur le couple (« *ça ne nous a jamais posé de problèmes, niveau sexuel, niveau sorties...* »). Des instabilités relationnelles sont aussi retrouvées (« *euh, j'ai collectionné, à une époque, beaucoup d'hommes dans ma vie. J'ai une période, où, euh...oui c'était une collection. C'était effarant oui.* »). La nature des relations peut être considérée comme nocive (« *que des mauvaises relations on va dire* »).

Vie sociale et professionnelle

L'obésité a favorisé un isolement (« *je me suis complètement repliée sur moi-même* ») et une exclusion sociale (« *j'en avais marre de rentrer dans les magasins, et de pas trouver des vêtements de taille ample* »). Des regards extérieurs négatifs sont rapportés (« *je sentais les regards sur moi* ») ainsi que des troubles relationnels avec les autres individus (« *je me suis toujours sentie mal à l'aise* »). Une vie sociale virtuelle est décrite, avec une surconsommation des écrans et un isolement social (« *je me suis enfermée, insidieusement, je sentais que je restais un peu chez moi, à cause de l'ordinateur* »). D'autres patientes avaient une vie sociale (« *et puis socialement, non, j'avais des copains, je faisais des soirées* »).

Sur le plan professionnel, un sentiment d'exclusion est rapporté (« *j'ai vite compris qu'il y avait une discrimination par rapport à mon poids* »). Les patientes qui avaient un emploi sur cette période décrivent des difficultés à l'exercice de leur tâche, liées à l'obésité (« *je n'étais pas aussi rapide que quelqu'un de moins fort* », « *j'étais en arrêt longue durée* »).

Rapports à l'alimentation

Des troubles du comportement alimentaire sont évoqués par les patientes avant l'intervention. Des grignotages (« *toutes mes sucreries étaient à côté de mon lit* »), des comportements boulimiques ou hyperphagiques sont retrouvés. Avec une préférence pour les aliments riches et sucrés (« *tout ce qui est pâtisseries, aliments riches* »). Ces troubles du comportement peuvent être intenses (« *on va dire que j'étais addict' à la nourriture avant l'opération* »). La nourriture peut jouer le rôle de substitut et combler un vide

affectif (« *je pense que j'ai dû compenser la perte de ma mère que je croyais perdue* »). Une fonction anxiolytique aux prises alimentaires est identifiée (« *J'étais pas bien, je mangeais* », « *je me suis réfugiée dans l'alimentation sucrée* »). Les côtés positifs de l'alimentation sont aussi évoqués avec un plaisir décrit dans ces prises alimentaires.

Place de l'alcool

Des patientes rapportent des consommations d'alcool modérées, occasionnelles (« *bah pas une place importante* », « *c'était raisonnable, j'étais jamais dans l'ivresse* »), voire une absence de consommations avant l'intervention (« *avant l'intervention, je buvais pas* »). Le premier contact avec l'alcool a lieu vers l'adolescence ou l'âge adulte. Les côtés positifs de l'usage d'alcool sont la convivialité (« *lors des soirées, entre amis* »), le côté festif (« *pour les anniversaires, les repas de familles, euh, les occasions de fêtes, Noël, le nouvel an* ») et les effets psychiques positifs de l'alcool (« *on était légèrement euphorique* »). Concernant les conséquences de l'alcool, des comportements à risques (« *le souci c'est qu'on roulait quand même un peu pour rentrer chez soi* »), et des dommages liés aux alcoolisations sont évoqués (« *j'ai fait un coma éthylique* »).

Deux patientes décrivent des consommations d'alcool plus importantes avant l'intervention : l'une décrivait un usage à risque d'alcool et a entrepris une démarche de soins précocement après le début des troubles. L'autre patiente était dans un usage nocif.

Un contexte familial de dépendance à l'alcool est aussi retrouvé (« *mon mari consommait* », « *ma mère c'était une alcoolique* »).

Tabac, Médicaments et autres produits

Concernant les médicaments, un usage de psychotropes (« *je suis sous antidépresseurs depuis l'âge de 18 ans* ») et de médicaments antalgiques est retrouvé. Avec parfois une tendance à la surconsommation des médicaments (« *j'aurais tendance à beaucoup m'en servir* »). Quelques patientes sont fumeuses. Parmi les autres produits, seul un usage de cannabis est évoqué (« *j'ai fumé un peu étant jeune, j'ai fumé du shit, un peu d'herbe* »).

Suivi médical

Les patientes font part d'un suivi psychologique inscrit dans le protocole chirurgical. D'autres présentent un suivi psychiatrique antérieur. Des soins en addictologie sont évoqués pour un problème d'alcool chez une patiente.

2 – Les modifications apportées par l'intervention

Les patientes sont arrivées à prendre la décision d'avoir recours à une chirurgie de l'obésité suite à un processus pouvant cumuler un sentiment de saturation vis-à-vis de la situation dans laquelle elles se trouvent (« *j'en pouvais plus, il fallait que je trouve une solution* », « *envie d'être reconnue dans la société actuelle* »), et/ou une volonté de changement (« *je me suis dit, je vais me prendre en main et m'occuper de moi* »). Des éléments considérés comme étant des facteurs déclenchants à cette décision sont retrouvés : départ en retraite, déménagement.

Sur l'individu

Sur le plan physique, l'intervention entraîne une perte de poids importante (« *la perte de poids est assez conséquente* »). L'intervention a des retombées physiques positives (« *je suis quand même plus à l'aise dans mes mouvements, je respire beaucoup mieux* »), ainsi que somatiques pour les patientes (« *après le bypass, je n'étais pas diabétique, je n'avais plus d'apnée du sommeil* »).

La perte de poids a des conséquences sur le psychisme des patientes, avec une amélioration de leur état psychique (« *et donc le moral remonte aussi* », « *plus épanouie* »), une reprise de confiance en soi (« *j'étais fière de moi* »).

Le rapport au corps suite à l'intervention est modifié. Ce nouveau corps peut être accepté (« *j'étais bien dans mon corps, parce que j'avais la taille qui fallait* », « *j'étais très bien dans ma peau* »), avec un investissement de ce nouveau corps (« *j'ai eu envie de me rhabiller* »). Cet investissement peut même révéler un comportement excessif concernant les achats (« *j'ai refait une grosse garde-robe, c'était un peu excessif* »). La perte de poids vécue comme très rapide (« *sur la balance par contre ça descendait super vite, très très vite* »), peut générer une difficulté d'adaptation à ce nouveau corps (« *dans ma tête j'étais toujours grosse* »), avec une persistance des réflexes de l'obésité (« *quand j'allais m'acheter des vêtements, j'allais toujours dans les rayons grandes tailles* »). Une mauvaise image corporelle (« *j'avais du mal à voir dans le miroir que c'était moi* ») voir des interrogations sur ce nouveau corps peuvent persister (« *Est ce que ça passe par l'estomac, ou directement par les intestins ?* »). Ces changements rapides peuvent aussi être à l'origine d'angoisses et de souffrances psychiques (« *vu que la perte de poids est assez rapide, c'est difficile à s'adapter quoi* », « *difficile de conjuguer l'apparence et le psycho* »).

La perte de poids a un impact positif sur la sexualité de certaines patientes (« *je me suis sentie désirable* », « *j'étais plus libérée dans les relations physiques* »). Elle peut aussi être mise de côté suite à cette chirurgie (« *j'ai des vergetures partout, des cicatrices, c'est pas très appétissant tout ça* »).

Sur l'entourage

Des difficultés conjugales sont évoquées après l'intervention (« *dans sa tête c'était plus la même femme, du coup il y a eu de la distance entre nous* ») ainsi qu'une jalousie du conjoint (« *il avait peur de me perdre* »). Le conjoint a pu montrer des réserves concernant la chirurgie (« *mon mari voulait pas que je me fasse opérer* »). D'autres patientes rapportent leurs envies de construire une vie de couple, ou de faire des rencontres amoureuses après le bypass.

Sur le plan familial, la chirurgie peut avoir un effet bénéfique sur la sphère familiale (« *avec les enfants, j'étais plus H24 sur eux, du coup ça allait mieux* »). Les modifications physiques des patientes peuvent être à l'origine d'inquiétude de membres de l'entourage (« *parce que limite pour eux, j'étais malade* »). Des membres de l'entourage peuvent exprimer des difficultés par rapport à ces changements physiques rapides (« *ça a été un choc pour mon mari par contre* »).

Sur la vie sociale et professionnelle

La chirurgie peut avoir des retombées sociales positives (« *du coup, au niveau social ça allait mieux, plus de sorties avec les copines, avec les collègues* »). Le regard des personnes extérieures est valorisant (« *et bien tout le monde était content pour moi* »). Les patientes qui avaient un emploi au moment de l'intervention constatent une plus grande efficacité dans l'exercice de leur travail suite à la perte de poids (« *tout le monde disait que j'étais beaucoup plus rapide au travail* »). D'autres vont être réinsérées sur le plan professionnel (« *j'ai eu plusieurs entretiens, qui ont débouchés sur un emploi* »).

Sur l'alimentation

Le montage chirurgical a pour objectif de diminuer les prises alimentaires des patientes afin de provoquer une perte de poids importante. Les patientes confirment la diminution des apports alimentaires (« *au départ, tout est mouliné une cuillère ça suffit* », « *je mange pas autant qu'avant et heureusement* »). Elles adaptent les conduites alimentaires (« *donc on est obligé de faire des prises d'alimentation en beaucoup plus petites quantités, plusieurs fois sur la journée* »). Des mesures d'hygiène alimentaire sont à respecter à la suite de l'intervention. On retrouve une compliance à ces mesures post opératoires (« *je les respectais, il y avait cinq repas à faire par jour* »). D'autres patientes ont éprouvé des difficultés à suivre ces mesures (« *j'ai cinquante ans d'habitude, c'est dur d'aller contre* ») Le montage chirurgical a des effets indésirables décrit lors des prises alimentaires inadaptées ou importantes (« *on est très mal, les bouffées de chaleur, les envies de vomir* »).

Sur l'alcool

Des consommations d'alcool sont rapportées par des patientes à la suite de l'intervention (« *au bout de 3 ou 4 mois, quand j'ai pu reprendre un petit peu d'alcool* »). Ces consommations peuvent être occasionnelles (« *bon,*

pas de façon régulière », et modérées (« très raisonnables »). Des modifications sont rapportées sur les effets de l'alcool suite à l'intervention, avec une rapidité d'effet de l'alcool après le bypass par rapport à la situation pré opératoire (« on avait des effets beaucoup plus rapidement », « oh j'ai dû boire un petit verre, et puis je commençais à avoir des effets »). Une plus grande intensité d'effet de l'alcool après le bypass est aussi évoquée (« j'ai très vite compris, qu'avec le bypass, avec un verre d'alcool, j'avais tout de suite l'impression d'être saoulé », « le bypass faisait que pour la même dose qu'avant, j'étais complètement...j'étais faite quoi »). En parallèle, une impression de sevrage plus rapide par rapport à la situation en pré opératoire est évoquée par des patientes (« l'effet arrive vite, mais part vite »). Le corollaire est que des patientes vont contrôler leur consommation d'alcool après le bypass (« et donc du coup, j'ai fait attention », « donc je me suis dit oh lala...je buvais deux verres, mais j'allais jamais au-delà »). Une éviction des alcools forts après le bypass est aussi évoquée. Ces modifications peuvent être dissimulées à l'entourage (« d'habitude, moi je buvais trois verres ou quatre verres et ça me faisait rien. Donc devant les gens je pouvais prendre trois ou quatre verres, et voilà quoi. Alors que dans ma tête, j'étais complètement partie »).

Le vécu de l'intervention

Le vécu de l'intervention est mitigé selon les patientes, avec une satisfaction de cette intervention (« alors moi formidable, ça a été la renaissance », « je me disais enfin débarrassée de ce poids », « si je n'avais pas eu cette intervention, je ne serai plus là ») et des changements favorisés par cette opération (« ma vie a changé à partir du moment où j'ai fait la chirurgie »).

Des complications opératoires précoces sont rapportées par des patientes (« ils ont du s'y reprendre à deux fois », « j'ai eu une reprise chirurgicale 24h après »). Des souffrances physiques post opératoires sont présentes (« très marquée par la douleur »). L'intervention peut être perçue comme un traumatisme psychique (« donc j'ai été réopérée en urgence, donc des choses qui sont quand même marquantes et dures »).

3 – Après le bypass gastrique

Rapports avec l'entourage

La relation avec le conjoint peut être impactée par les conséquences de l'intervention (« ça commençait à se dégrader », « je suis allée voir ailleurs plusieurs fois »), menant à une séparation (« ça a déclenché aussi la séparation », « y'en a beaucoup qui se font opérer, et elles ont perdu leurs maris »). Pour d'autres, le conjoint est resté, avec parfois quelques difficultés dans le couple. Des patientes ont fait le choix des relations éphémères (« j'ai eu quelques aventures, juste pour l'hygiène »), alors que d'autres vont investir une relation amoureuse qui va s'avérer toxique (« il m'en a fait voir de toutes les couleurs, j'en ai beaucoup souffert »).

Sur le plan familial, la chirurgie aura pour conséquence d'éloigner une patiente d'un membre très important de sa famille, ce qui sera mal vécu par celle-ci (« après le bypass, il a fallu que, je ne pouvais plus le prendre, ça a été difficile à accepter »). D'autres patientes vont se retrouver en situation de conflit voir d'isolement familial. Des décès ou des maladies graves touchant des proches sont relevés.

Situation sociale et professionnelle

Sur le plan social, des patientes rapportent une vie sociale active (« on retrouve le plaisir de sortir »). Une patiente évoque les changements concernant des amies qui se sont fait opérer (« j'en connais deux, elles sortent, elles vont en boîtes, je les ai trouvées changées, elles sortaient jamais avant »). Des éléments peuvent venir déstabiliser la situation professionnelle, comme une modification de poste de travail, des conflits professionnels avec la hiérarchie (« il y a eu un gros clash au boulot »). Des patientes évoquent une souffrance psychique au travail (« j'ai fait une sorte de burn out »).

Le vécu à distance de l'intervention

Des patientes vont rapporter une stagnation de leur poids, voir même une reprise de poids à distance de l'intervention, ce qui est source de frustration. Des complications tardives peuvent survenir (« j'ai fait à cause

du bypass, une occlusion sur bride »). D'autres parlent d'une réelle satisfaction, avec l'atteinte d'un poids idéal (« rentrer dans du 36-38 c'était mon rêve »).

Rapport à l'alimentation

Une perte de la fonction anxiolytique de la nourriture est évoquée suite au montage chirurgical (« quand on va pas bien, on peut pas, je pouvais pas, comme je le faisais avant, faire une crise de boulimie »). Le montage chirurgical dissuade de toute prise alimentaire conséquente (« après le bypass, je ne pouvais plus être addict à la nourriture », « le dumping syndrome, les vomissements »). Quelques comportements alimentaires pathologiques persistent avec des grignotages. Les patientes ont conscience de leurs troubles alimentaires. Elles reconnaissent avoir des difficultés à s'alimenter correctement et à suivre les mesures post opératoires notamment sur l'alimentation (« j'ai du mal à me faire à manger, je fais que grignoter toute la journée »). Une patiente va être sur le versant restrictif volontaire de l'alimentation, en dissimulant ce comportement à ses proches (« je leur disais oui par devant, et par derrière je mangeais un minimum »).

Place de l'alcool

La consommation d'alcool a des aspects positifs, avec un côté festif. Les effets psychiques positifs sont recherchés (« tout de suite, je sens cette chaleur de l'alcool », « le shoot d'alcool, par contre, c'était plaisant »), avec un effet désinhibant (« à parler plus, à être guillerette »), accompagnant le processus de resocialisation des patientes (« je sortais plus », « j'ai commencé à boire pendant mes rendez-vous avec des hommes, dans les bars »). Le goût plaisant de l'alcool est aussi évoqué.

Devant de nouvelles difficultés, les patientes recherchent une solution afin d'apaiser leur souffrance (« je me sentais pas bien, et c'est à ce moment-là que j'ai commencé à consommer de l'alcool et à rechercher l'ivresse », « le trop plein d'émotions, le trop plein au niveau psychologique de tout ça »). Un usage nocif de l'alcool va se manifester dans ce contexte. Des facteurs déclenchants les consommations sont identifiés par des patientes (« j'ai commencé à boire quand ma mère est tombée malade », « à partir du moment où je me suis mise en relation avec ma mère »). De même, l'entourage peut inciter à la consommation (« prend un verre, ça va te remonter »).

L'alcool va avoir une fonction stimulante (« pour me carburer »), hypnotique (« je prenais une bouteille le soir et je buvais ça pour m'endormir en fait »), amnésiante, antidépresseur (« effacer la douleur de la perte de ma mère par l'alcool »). Elle permet de se soustraire à la réalité, devenue trop dure (« c'était un moyen de ne pas être dans le réel, d'oublier »). L'alcool se substitue à la nourriture (« je mangeais plus, je faisais que m'alcooliser »). Un rôle amaigrissant de l'alcool est aussi identifié par des patientes (« l'alcool remplit bien l'estomac, bah on mange peu », « car je faisais que boire, et je perdais encore d'avantage », « je ne cherchais pas forcément à perdre du poids, mais ça a facilité »). Un usage d'alcool fort est retrouvé (« j'ai consommé du whisky, alors que je n'aime pas du tout au niveau du goût »).

Les patientes vont rapporter des consommations massives d'alcool (« il faut que ce soit violent, à me saouler quoi »), avec une perte de contrôle (« les consommations étaient immodérées, incontrôlables »), menant vers une dépendance à l'alcool (« et puis pour que ça fasse plus d'effet, petit à petit, euh ça s'est aggravé, ma consommation a augmenté »). La rapidité d'installation des troubles est relevée (« j'ai senti très vite que je basculais », « ça a été très vite pour moi, en deux mois, je suis devenue alcoolique »). Des patientes vont rechercher des alternatives pour gérer leurs consommations (« j'ai continué de m'occuper de ma maman pour éviter de boire », « alors je me suis dit, pour pallier à ça, pour ne pas sombrer, je vais trouver un travail »). Une patiente évoque ses troubles du comportement en cas de manque (« ça déclenchait des réactions violentes quand j'en avais plus »).

Pour une patiente, le problème d'alcool était antérieur à l'intervention. Elle était parvenue à dissimuler ses troubles lors des évaluations pré opératoires (« je leur ai pas dit que j'étais alcoolique »).

Conséquences de l'alcool

Sur le plan psychique, la consommation de l'alcool va entretenir la souffrance existante et la dépression (« à cause de l'alcool, je n'étais pas bien dans ma tête »). Une patiente identifie ses consommations comme un

équivalent suicidaire (*« quelque fois, je pense, je recherchais quand même la mort »*). Des conséquences somatiques sont évoquées (chutes, pancréatite aiguë, hépatite alcoolique aiguë).

L'entourage peut adopter une position d'aidant. L'alcool peut être à l'origine de souffrance des proches, notamment du conjoint (*« il n'en pouvait plus au niveau de cette situation », « ce qui a créé des crises au niveau de notre couple »*). Les consommations d'alcool pathologiques peuvent avoir des conséquences néfastes sur la famille, voire entraîner un rejet de l'entourage (*« mon fils a coupé les ponts avec moi à cause de l'alcool »*). Une séparation conjugale pour ce motif est aussi évoquée par une patiente (*« il a pas supporté, il m'a demandé de partir »*). Des proches peuvent aussi ne pas comprendre la pathologie, ce qui majore leur culpabilité (*« ils pensent que je le fais exprès »*). Les troubles sont dissimulés à l'entourage (*« je planquais les bouteilles dans ma salle de bain »*).

Sur la vie sociale, l'alcool a pour conséquences une exclusion sociale et un isolement (*« j'ai fait fuir pas mal d'amis »*). D'autres vont avoir des interactions sociales liées à l'alcool (*« je rencontrais des gens qui m'entraînaient plus dans l'alcool », « sous alcool j'ai rencontré des hommes pas très reluisants »*). Sur le plan professionnel, l'alcool va avoir pour conséquence une exclusion professionnelle (*« depuis je suis en arrêt de travail »*). Des difficultés financières sont aussi liées aux consommations (*« et maintenant que je n'ai plus les moyens, c'est de la piquette »*)

Médicaments, tabac et autres produits

Des patientes prennent encore des psychotropes, et peuvent avoir une tendance à la surconsommation (*« j'ai arrêté les somnifères, mais les tranquillisants j'en ai besoin, j'ai besoin de valium régulièrement »*). Une patiente a évoqué des envies de tabac et de cannabis dans la période qui a suivi le bypass.

Suivi médical

Le suivi médical est important les premiers mois à la suite de l'intervention, puis les rendez-vous sont de plus en plus espacés au fil des années (*« au départ, c'est tous les trois mois, puis tous les six mois, puis une fois par an »*). Des insuffisances ou des carences concernant ce suivi émergent dans les propos de certaines patientes. Un suivi psychologique a été interrompu précocement, pour des raisons d'engorgement des filières. Une autre partage son sentiment d'abandon par l'équipe soignante à la suite de l'opération, relevant l'importance d'un accompagnement médical et psychologique à la suite de ce type de chirurgie (*« pour moi, l'importance, et je le signale toujours, il faut le dire et le redire, c'est d'avoir un accompagnement et un suivi »*). Une patiente qui avait évoqué son problème d'alcool débutant à son chirurgien, ne s'est pas sentie écoutée et n'a pas eu de prise en charge adaptée (*quand j'ai commencé à consommer de l'alcool, je leur en ai parlé à l'hôpital, et ils n'ont pas réagi du tout »*).

Pour une grande partie de ces patientes, le principal suivi médical post opératoire correspondait à l'entrée en soins en addictologie, ainsi que la prise en charge psychologique qui a été amorcée au décours.

Une patiente a bénéficié d'un suivi diététique depuis son intervention.

4 - Déterminants de l'augmentation de la consommation d'alcool après une chirurgie type bypass gastrique

Avant le bypass gastrique

Un contexte psychique fragile

On retrouve chez ces patientes un contexte de fragilité psychique ancien, bordé par des traumatismes psychiques divers, pendant l'enfance, à l'adolescence, ou à l'âge adulte. Cette souffrance psychique peut être un facteur favorisant de l'obésité. Elle peut aussi être renforcée par les problèmes de poids des patientes (*« c'est clair, que vous êtes moins bien dans votre peau »*).

Un refuge dans la nourriture

Ces femmes ont trouvé dans la nourriture le moyen de s'apaiser (« *la nourriture a toujours été un refuge pour moi* »), avec des troubles du comportement alimentaire plus ou moins envahissants. Elles décrivent des comportements à type de grignotages, ou d'hyperphagie lors des repas (« *je devais manger 700-800g à chaque repas, c'était énorme* »). Une fonction anxiolytique est identifiée dans la prise de nourriture (« *dès que je me sentais pas bien, je mangeais quoi* »). Elles cherchent à combler un manque, une carence (« *pour remplir un vide* », « *compenser la perte de ma maman* »). Cette fonction substitut de la nourriture est difficilement identifiée par les patientes, laissant les troubles s'installer.

Comportements excessifs

Cela est retrouvé au niveau des comportements addictifs, vis-à-vis de la nourriture et de l'alcool. Mais aussi sur le plan émotionnel avec des surinvestissements émotionnels envers des membres de la famille (« *lui et moi, c'est très fusionnel* »), ou l'investissement de relations amoureuses toxiques. Des comportements excessifs dans le domaine de la sexualité sont retrouvés avec des partenaires multiples et des comportements sexuels à risques. Une description de troubles obsessionnels compulsifs est retrouvée (« *avant c'était dingue, je vivais avec un chiffon à la main* »)

Personnes inhibées

L'obésité fait que ces patientes rejettent leur corps. Elles cherchent à oublier ou dissimuler ce corps (« *j'aime me fondre dans la masse* », « *j'aime pas être remarquée* »). De même, elles négligent leur psychisme, en inhibant leurs désirs, laissant parfois de côté leur sexualité. Elles ont peu ou plus d'envie (sortir, s'habiller). Leurs principales occupations consistent à s'occuper des autres, et souvent en occupant un rôle de soignant auprès de leurs proches. Elles occultent leur souffrance (« *je le vivais intérieurement en fait, je restais joyeuse par rapport à mon entourage...c'était plus un mal être interne* »). La chirurgie va venir perturber ce schéma, leur permettant de réaliser leurs souhaits, d'écouter leurs désirs et de retrouver une place dans la société.

Les modifications apportées par l'intervention

Haut potentiel addictogène de l'alcool après le bypass

La description faite par les patientes des effets constatés de l'alcool, correspond à celui d'un produit potentiellement addictogène. La montée rapide des effets, leur intensité et la descente rapide, correspond à un effet shoot (« *c'est comme si c'était un shoot quoi* »), correspondant au profil des substances les plus addictogènes. Le recours à l'alcool permet une obtention rapide et intense des effets psychiques (« *Tout de suite, je ressens les effets de l'alcool...c'est très très très rapide* », « *il fallait beaucoup moins d'alcool pour être saoulé* »). L'absorption et le métabolisme de l'alcool peuvent se retrouver modifiés après ce type de chirurgie.

Perte de repères suite aux modifications corporelles

A la suite de l'intervention, la perte de poids est rapide et conséquente, entraînant une difficulté d'adaptation à ce nouveau corps (« *difficile de conjuguer l'apparence et le psycho* », « *ce corps, j'étais pas encore habituée* »). Les patientes n'y sont pas forcément préparées. La notion de temps d'adaptation n'est pas respectée (« *c'était pas assez long pour que je m'habitue à ce corps, qui avait bien changé quand même* »). Cette difficulté d'adaptation à ce nouveau corps peut être vécue comme une nouvelle épreuve psychique pour ces patientes.

Après le bypass gastrique

Transfert d'addiction

Le bypass, par son montage, dissuade de toute prise alimentaire conséquente et compulsive. Ou alors cela se fait au prix d'effets indésirables et de souffrances physiques très importantes (« *le dumping syndrome, les*

vomissements »). Pour apaiser les angoisses, elles vont rechercher un substitut à la nourriture. L'alcool a rempli parfaitement ce rôle, par une facilité d'absorption, et une obtention rapide de l'effet recherché. Ce mécanisme correspond à un transfert d'addiction.

Guérison incomplète

Ces patientes associent le fait de perdre du poids au fait d'aller mieux. La chirurgie est un moyen d'y parvenir. La perte de poids obtenue grâce à la procédure chirurgicale a permis de soigner le corps de ces patientes. La dimension psychique n'a pas toujours été prise en compte, y compris par les patientes (« *mais ma tête m'a rattrapée* », « *ces angoisses, comme s'il y avait quelque chose qui remontait à la surface* »). Les modifications corporelles, psychiques provoquées par les effets de l'intervention, ainsi que leur impact sur l'environnement ont été difficiles à gérer par ces patientes, qui n'étaient pas préparées. Des difficultés extérieures se sont ajoutées sur ce terrain de fragilité psychique ancien. L'alcool est apparu comme la solution à cette souffrance psychique persistante. Si la satisfaction de la chirurgie est avérée (« *je bénie le chirurgien qui m'a opéré* »), elles ont réalisé, souvent trop tard, que la perte de poids ne suffisait pas pour aller mieux (« *si je pouvais le refaire, y a beaucoup de choses que je ferais différemment* »).

Limites de l'accompagnement médical préconisé

Le suivi post opératoire semble être encore important, selon le vécu et les propos de ces patientes. Il est nécessaire qu'il soit régulier et qu'il s'inscrive dans le temps. Les difficultés pouvant survenir des mois, ou des années plus tard. Un suivi médical ou psychologique est prévu, mais n'est pas toujours possible. Les files actives peuvent être saturées en raison d'un trop grand nombre de demandes. Les patientes peuvent interrompre leur suivi pour plusieurs raisons (manque de compliance, déménagement...). La culpabilité liée aux consommations d'alcool fait aussi qu'elles rencontrent beaucoup de difficultés pour verbaliser à ce sujet. La prise en charge de la dépendance à l'alcool est un moyen d'entreprendre un suivi psychologique pour ces patientes.

Discussion

1 - Forces et limites de l'étude

Validité interne

La saturation des données a été atteinte après six entretiens. Deux autres entretiens supplémentaires ont été réalisés pour s'en assurer.

Biais de sélection

L'échantillon n'a pas pu être varié sur le genre, le recrutement ayant été effectué auprès d'un centre de soins en addictologie accueillant un public exclusivement féminin. Cela reste en adéquation avec la population générale, les femmes représentant 80% des personnes opérées [4]. L'échantillon a été constitué sur la base du volontariat, ce qui constitue un autre biais.

Biais de préconception

Le codage des données a été réalisé uniquement par l'investigateur principal, ce qui peut constituer un biais. Aucune revue de la littérature n'a été réalisée au préalable, afin de limiter l'impact de ce biais.

Biais d'interaction

Les situations abordées sont complexes et les thèmes sont sensibles (l'alcool, la sexualité, les traumatismes psychiques), ce qui peut constituer un biais. Les patientes ont pu ressentir des difficultés à évoquer certains aspects de leurs parcours à un interlocuteur inconnu. La peur de se sentir jugé sur ses agissements a pu être un frein à la liberté d'expression. Cet effet d'autocensure a pu être renforcé par la réalisation des entretiens indirectement (téléphone).

Biais de mémorisation

De même, les entretiens ayant été effectués plusieurs années après l'opération, la restitution des données a pu s'en trouver impactée. Une étude prospective, portant sur un plus grand échantillon serait utile pour obtenir des résultats significatifs sur la prévalence des déterminants.

Validité externe

L'étude a été réalisée sur un tout petit échantillon, les résultats obtenus ne peuvent pas être comparés à ceux obtenus sur la même population dans le reste du monde.

Une autre étude qualitative a été réalisée sur le sujet : les résultats étaient obtenus après l'analyse d'entretiens semi-dirigés effectués auprès de 24 patients, dans un centre de soins des addictions aux Etats Unis [13]. Concernant l'étiologie de leur abus d'alcool, quatre raisons émergent : un problème psychologique non résolu (75% des patients), un transfert d'addiction (83,33%), un effet plus rapide et plus intense de l'alcool (58,33%) et une plus grande disponibilité des médicaments antalgiques (45,83%). Ces résultats présentent des similitudes avec ceux de notre étude. Notre échantillon ne comprenant que huit patientes, est trop petit pour effectuer une comparaison. Les médicaments ont été évoqués dans nos entretiens, avant et après l'intervention, mais aucune tendance concernant une différence d'absorption ou de disponibilité n'a été retrouvée. La variabilité des résultats d'une étude à l'autre peut s'expliquer par la variabilité des questions posées au cours de l'entretien, ainsi que par la taille des échantillons.

Les *verbatim* ne seront pas transmis et ne seront accessibles que par l'intermédiaire des auteurs dans le cadre d'un travail de recherche ultérieur, pour garantir l'anonymat et empêcher l'exploitation déraisonnable de ce travail.

2 – Avant le bypass gastrique

Contexte psychique fragile

Les antécédents psychiatriques et/ou psychologiques sont très largement retrouvés lors des entretiens réalisés, mettant en évidence un contexte psychique fragile pour ces patientes. Pour Mauri *et al.* [14], 37,6 % des patients candidats à la chirurgie bariatrique présentent un trouble psychiatrique (trouble de l'axe I selon DSM IV). Les troubles de l'humeur sont les plus fréquemment diagnostiqués (22,0%) devant les troubles anxieux (18,1%). De même, une étude a permis de comparer les caractéristiques psychologiques chez les hommes et les femmes en pré et en post intervention : leurs résultats montrent qu'un problème psychique préexistant est plus souvent retrouvé chez les femmes. La différence entre les deux sexes étant significativement plus importante pour le diagnostic de dépression, de traits paranoïaques et de troubles relationnels [15].

Un refuge dans la nourriture

Les troubles des conduites alimentaires sont retrouvés chez 12,8% des candidats à la chirurgie, selon les critères du DSM IV [14]. Des travaux menés en Allemagne, se sont appuyés sur le Yale Food Addiction Scale, pour évaluer les comportements alimentaires d'un échantillon de 96 patients candidats à la chirurgie bariatrique. D'après leurs résultats, 41,70% des patients présentent une addiction à la nourriture [16].

Certains comportements alimentaires sont particulièrement retrouvés chez les personnes obèses [17] :

- L'hyperphagie prandiale (par exagération de la faim et recul du sentiment de satiété)
- L'échappement alimentaire (par des prises alimentaires incontrôlées secondaires à des périodes de privations chroniques dans le cadre d'un régime)
- Les grignotages

Une étude menée sur des patients obèses souffrant de troubles du comportement alimentaire avec crises d'hyperphagie, retrouve qu'une humeur négative précède la réalisation d'une compulsions alimentaire. L'humeur est améliorée à la suite de cet épisode, renforçant ce mécanisme addictif [18]. Ces résultats vont dans le sens de nos résultats, certaines patientes réalisant ce type de comportement pour apaiser une angoisse ou une souffrance psychique, donnant une fonction anxiolytique à la prise de nourriture. Nous ne retrouvons pas de mécanismes compensatoires comme les vomissements ou les purges. Ce phénomène n'est pas décrit dans la littérature. La prise de poids est en lien avec ce comportement, et est un facteur explicatif de l'obésité. Ceci entretient le mal être physique et psychique de ces patientes.

Comportements excessifs

Un comportement excessif semble caractériser les patientes de notre étude. Ce qui se manifeste par une présence d'addiction comportementale (troubles du comportement alimentaires) et d'addiction à des produits (alcool). La perte de contrôle et l'excessivité dans l'exécution de ces comportements semble être la règle. Une comparaison peut être effectuée, avec une population diamétralement opposée, mais aussi identifiée par son comportement « sans limites ». Les résultats d'une étude qualitative sur les déterminants de la consommation d'opiacés chez les marins pêcheurs, montrent que ces derniers ont tendance à adopter à terre des comportements sans limites pour pallier le vide de leur situation relationnelle en mer. Les produits et donc les opiacés sont utilisés dans ce contexte. Des similitudes existent entre ces deux populations, et peut être avec beaucoup d'autres : la fragilité de l'individu, les traumatismes psychiques et les sentiments de dévalorisations définissent ces individus et constituent la porte d'entrée aux addictions [19].

3 – Les modifications apportées par l'intervention

De femmes inhibées à resocialisées

Les patientes obèses ont tendance à rejeter leur corps, se renfermer, et s'isoler. Avec pour conséquence une vie affective, sexuelle, sociale et professionnelle appauvrie. La chirurgie va initier un grand nombre de modifications, sur le plan physique, mais aussi psychologique, familial et social.

Le processus de resocialisation après l'intervention est évoqué dans la littérature, et a un rôle dans l'augmentation de la consommation de l'alcool [11]. Dans une étude recherchant les modifications psychosociales après une chirurgie de l'obésité, les auteurs retrouvent que l'estime de soi, la joie de vivre, mais aussi la vie sociale et sexuelle des patientes étaient nettement améliorées après l'opération. Ils constatent aussi que la consommation d'alcool augmente après l'intervention [20]. Même si les quantités d'alcool ne sont pas précisées, nous pouvons faire un parallèle avec nos résultats. En prenant confiance en elles, les patientes retrouvent le plaisir de sortir, de se montrer en public. Elles découvrent aussi leur pouvoir de séduction, et même leur sexualité. Plusieurs patientes ont évoqué ces modifications psychosociales dans leurs entretiens. C'est au décours de ces activités sociales qu'elles peuvent consommer de l'alcool et découvrir les effets modifiés après le bypass. Tous ces changements contrastent avec les personnalités inhibées et isolées d'avant l'intervention, parfois difficiles à vivre pour l'entourage et les patientes elles-mêmes.

Haut potentiel addictogène de l'alcool après le bypass gastrique

Des études de pharmacocinétiques ont permis d'explorer le métabolisme de l'alcool après le bypass gastrique. Klockhoff *et al.* [21] ont mesuré l'alcoolémie chez douze femmes ayant été opérées d'un bypass, pour la comparer à l'alcoolémie d'un groupe témoin, après absorption d'une même quantité d'alcool. Le pic d'alcoolémie est plus important dans le groupe bypass gastrique, par rapport au groupe témoin (0,741 +/- 0,211g/l versus 0,577 +/- 0,112g/l, avec IC 95%). Le temps moyen pour atteindre ce pic d'alcoolémie est de dix minutes dans le groupe bypass, par rapport à trente minutes dans le groupe témoin ($p < 0,05$). L'alcoolémie à 10 et à 20 minutes est significativement supérieure dans le groupe bypass, mais pas à 30 minutes ou au-delà. Woodart *et al.* [22] ont mesuré l'alcoolémie chez 19 patients avant et après la réalisation du bypass. Après l'absorption d'une même quantité d'alcool par chaque patient, le pic d'alcoolémie est plus important à 3 mois et à 6 mois après l'intervention, par rapport aux mesures pré opératoires. Le temps nécessaire pour atteindre la sobriété est aussi plus élevé après le bypass.

Plusieurs explications à ces modifications du métabolisme de l'alcool après le bypass sont retrouvées dans la littérature. La première vient d'une diminution du métabolisme extra hépatique de l'éthanol, par une diminution de l'alcool déshydrogénase disponible au niveau de l'estomac, en raison de son petit volume. L'alcool non détoxifié, est absorbé directement au niveau intestinal et se retrouve dans le sang très rapidement. L'alimentation joue un rôle dans le métabolisme de l'alcool. La présence d'aliments dans l'estomac, freine la vidange gastrique et favorise la stagnation de l'alcool, dont une part plus importante peut être détoxifiée par les enzymes. Après le bypass, la taille de l'estomac est réduite, le volume qu'il peut contenir est minime et donc la vidange est accélérée. Les aliments mais aussi l'alcool y passent peu de temps. Ce qui a pour conséquence une absorption rapide et importante d'alcool au niveau jéjunal. La perte de poids importante après le bypass peut jouer aussi sur l'alcoolémie : la consommation d'une même dose d'alcool aura des effets plus forts qu'avant l'intervention, par diminution du volume liquidien pour diluer l'alcool absorbée. [11, 23]. Même si les consommations d'alcool restent inférieures aux seuils de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les patients opérés d'un bypass peuvent faire l'expérience de l'effet shoot de l'alcool, avec parfois des conséquences négatives sur le long terme, en augmentant le risque de développer un mésusage.

Perte de repères suites aux modifications corporelles

Dès 1989, Ryden *et al.* [24] ont étudié le profil psychologique d'un groupe de 21 patients ayant subi une gastroplastie longitudinale : 2/3 des patients présentent les signes cliniques d'une dépression légère à modérée. Dans ce groupe, on retrouve une proportion significativement plus importante de patients dont la chirurgie est considérée comme une réussite sur le critère de la perte de poids. Parmi les 4 patients ayant un

diagnostic d'un épisode dépressif sévère en post opératoire, les objectifs de perte de poids étaient atteints pour 3 d'entre eux. Ces résultats ouvrent la piste que la perte de poids et les modifications corporelles peuvent avoir un retentissement psychologique défavorable.

En étudiant le parcours de patients opérés d'une gastroplastie, Larsen *et al.* [25] ont retrouvé que parmi les patients ayant des soins psychiatriques en post intervention, 37% avaient eu recours à des soins psychiatriques avant l'opération. La survenue de modifications corporelles importantes et rapides peut décompenser une pathologie psychiatrique pré existante.

4 – Après le bypass gastrique

Transfert d'addiction

Beaucoup de candidats à la chirurgie présentent les critères cliniques d'un attachement pathologique aux aliments palatables (souvent identifiés comme des aliments riches en graisse, ou en sucre), comme il est évoqué dans nos entretiens [26]. Une surconsommation de ce type d'aliments peut entraîner des modifications cérébrales, au niveau du circuit de la récompense, semblables à celles observées chez les personnes dépendantes à une substance psychoactive. Ce mécanisme neurobiologique soutient l'hypothèse d'un transfert d'addiction chez nos patients. Les restrictions alimentaires provoquées par la chirurgie poussent le patient à trouver d'autres solutions pour réaliser ses pulsions, et gérer ses problèmes psychologiques. Il utilise ainsi la substance psychoactive la plus appropriée à sa situation. L'alcool concentre plusieurs avantages : disponibilité, absorption facile, obtention rapide des effets [27].

Les patients opérés voient leur chirurgien régulièrement. Le suivi est à vie, l'obésité étant une maladie chronique. L'objectif est d'informer et de rechercher les complications tardives de la chirurgie et les complications nutritionnelles.

Mais qu'en est-il des complications addictologiques ? Les patientes interrogées n'ont pas eu d'information délivrée sur les risques liés à l'alcool en pré ou en post opératoire. Au vu des données de la littérature, il paraît important que les patients soient informés du risque de modification sur l'absorption de l'alcool suite à la chirurgie. En préopératoire, les patients doivent être informés de l'effet shoot et du risque majoré de dépendance à l'alcool suite à l'opération. Une information doit aussi être délivrée sur le risque majoré de récurrence d'un problème d'alcool après l'intervention. Un mésusage de l'alcool doit aussi être recherché au cours du suivi post opératoire, afin de le dépister et de le prendre en charge précocement. Un professionnel spécialisé en addictologie (infirmière, médecin) devrait intégrer systématiquement l'équipe pluridisciplinaire.

Le suivi est régulier la première année, puis s'éclaircit les années suivantes, en l'absence de complication post-opératoire ou nutritionnelle. Les résultats de nos entretiens montrent que les difficultés évoquées par les patientes et l'augmentation de la consommation d'alcool apparaissent à distance de l'opération et souvent plusieurs années après. King *et al.* [7], démontrent une augmentation significative de la consommation d'alcool à partir de la deuxième année postopératoire, par rapport à l'année préopératoire et la première année post opératoire. Un suivi fréquent, sur la base de la première année, serait à poursuivre sur une période beaucoup plus longue, voire plusieurs années. Mais ce modèle rencontrerait des limites, notamment sur le plan humain ou des moyens, que ce soit du côté des soignants comme des patients avec un risque majoré de perdus de vue avec le temps.

Saules *et al.* [28] ont remarqué que les patients opérés d'une chirurgie bariatrique étaient surreprésentés dans les centres de soins des addictions. Dans cet échantillon de patients avec un antécédent de chirurgie bariatrique (90% de bypass gastrique), 62,3% suivent des soins pour un problème d'alcool, 13,2% pour une addiction aux opiacés et 7,5% pour une addiction aux benzodiazépines. A la différence de l'alcool, ou la majorité des patients (61,9%) reconnaissent un usage antérieur à l'opération, l'usage d'opiacés et de benzodiazépines a été initié après l'intervention pour respectivement 66,7% et 89,5% des patients. Notre étude n'a pas permis de retrouver de résultats concernant l'usage de médicaments ou d'autres produits. Des travaux

complémentaires seraient nécessaires pour explorer ces résultats, et d'éventuellement confirmer l'hypothèse d'un transfert d'addiction.

Guérison incomplète

Après l'intervention la majorité des patients rapporte une amélioration de leurs problèmes de santé. Ceci est surtout retrouvé pour les pathologies cardio-vasculaires et locomotrices. Une étude de cohorte rétrospective sur 9949 patients ayant eu un bypass gastrique, montre que la mortalité, toutes causes confondues, a diminué de 40% par rapport à un groupe contrôle. La mortalité a diminué de 92% chez les sujets diabétiques, de 56% pour les pathologies coronariennes et de 60% pour les cancers. En parallèle, le taux de morts violentes, comme les suicides, les accidents ou les intoxications médicamenteuses a augmenté de 58%. Les auteurs relèvent dans la littérature qu'un nombre non négligeable de personnes obèses souffrent d'un trouble de l'humeur, d'un état de stress post traumatique ou ont été victimes d'abus sexuels dans l'enfance [29, 30]. Ces données confirment nos résultats. Il faut tenir compte de l'origine multifactorielle de l'obésité : biologique, génétique, psychologique, environnementale. Des patients vivent dans l'illusion que la perte de poids va résoudre tous leurs problèmes, et leur permettre d'aller mieux. Beaucoup de patients ont des pensées magiques sur le bypass gastrique, mais les résultats ne correspondent pas toujours aux attentes : 30% des patients opérés reprennent du poids aux 18-24 mois après la chirurgie [28]. Les contraintes du régime alimentaire, les profondes modifications corporelles et de l'environnement peuvent déséquilibrer un état psychique déjà fragile, avec parfois des conséquences dramatiques comme le suicide. Des facteurs de risques de passage à l'acte ont été identifiés, comme la désinhibition et l'impulsivité secondaire aux modifications d'absorption de l'alcool, et les modifications d'absorption des médicaments, y compris les antidépresseurs [30]. D'autres pathologies psychiques peuvent émerger en post intervention, suite au sentiment d'échec ou de désillusion.

Limites de l'accompagnement médical préconisé

Trois recommandations pour le futur ont émergé de l'étude qualitative réalisée par Ivesaj *et al.* [13] : un suivi en pré et postopératoire (41,67%), développer l'éducation des patientes sur le risque d'usage de substances en post-intervention (70,83%), et une plus grande honnêteté (41,67%). Dans notre étude, la moitié des patientes a caractérisé le suivi médical post opératoire comme insuffisant. Depuis 2009, les chirurgies bariatriques sont encadrées par des recommandations de la HAS [3]. Les patients candidats à ce type de chirurgie sont pris en charge au sein d'une équipe pluridisciplinaire, composée au minimum d'un chirurgien, d'un médecin spécialiste de l'obésité, d'une diététicienne, d'un psychiatre ou psychologue et d'un anesthésiste réanimateur. La décision opératoire est prise à la suite d'une discussion et d'une concertation de l'équipe pluridisciplinaire.

Avant l'intervention, tous les patients candidats sont évalués sur le plan psychiatrique ou psychologique. Cette évaluation est effectuée par un psychiatre ou un psychologue membre de l'équipe pluridisciplinaire. Les objectifs de cette évaluation sont multiples :

- Identifier les contre-indications à la chirurgie (troubles cognitifs ou mentaux sévères, dépendance à l'alcool et aux autres substances psychoactives licites ou illicites, incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé),
- Caractériser le type de comportement alimentaire et l'existence d'un trouble du comportement alimentaire (les troubles sévères et/ou non stabilisés sont une contre-indication)
- Evaluer les déterminants et les conséquences psychologiques de l'obésité,
- Déterminer les facteurs de stress psychosociaux, la présence et la qualité du soutien socio-familial,
- Proposer une prise en charge adaptée avant la chirurgie et d'orienter le suivi en post opératoire.

Selon nos résultats, une patiente a bénéficié d'un suivi psychologique pendant l'année précédant l'intervention. Dans la littérature, plusieurs auteurs ne contre-indiquent pas ce type d'intervention en cas de trouble psychiatrique préexistant. A condition que ces patients bénéficient d'un suivi psychiatrique adapté avant et après l'intervention.

Le suivi psychologique et psychiatrique du patient après la chirurgie bariatrique est recommandé pour les patients qui présentent des troubles du comportement alimentaire ou des pathologies psychiatriques en pré opératoire. L'objectif de ce suivi est :

- D'évaluer le retentissement psychologique social et familial de l'intervention et de la perte de poids,
- Identifier d'éventuelles difficultés à mettre en œuvre les changements comportementaux nécessaires et d'aider le patient à surmonter ces difficultés,
- D'accompagner le patient dans le réaménagement psychique lié à la chirurgie et à la perte de poids.

Le suivi post opératoire peut être variable en fonction des équipes et des centres opératoires. Quatre patientes ont été opérées avant 2009, ce qui peut expliquer les disparités concernant les suivis post-interventions. De même, le nombre de personnes opérées d'une chirurgie bariatrique croît chaque année, les réseaux de suivis des patientes en pré et postopératoires, peuvent être saturés, par manque de moyens humains ou financiers. Cette situation a été évoquée par une patiente, qui a mal vécu l'interruption précoce de son suivi psychologique.

Les conséquences psychologiques, sociales et familiales ont été évoquées par les patientes au cours des entretiens. Ce qui confirme l'importance d'un tel suivi en post opératoire pour les patients présentant des troubles du comportement alimentaire ou des pathologies psychiatriques.

Le médecin traitant peut avoir un rôle important dans ces situations. Selon les recommandations, il doit être consulté lors de l'évaluation préopératoire et son avis est souhaitable lorsque se pose l'indication chirurgicale. Son rôle est aussi important en post-intervention et sur le long terme : en recherchant les éventuelles difficultés rencontrées par les patients et en les prenant en charge précocement. Il peut orienter vers un psychologue ou un psychiatre si nécessaire. Consulter son médecin traitant est plus facile et plus rapide pour les patients. Il est évident que les médecins généralistes doivent être formés sur ce type d'intervention et sur leur implication à long terme, afin d'être en mesure d'identifier les situations à risques et d'effectuer une prise en charge adaptée. De même, la question du dépistage des problèmes d'alcool doit être développée en médecine générale. Le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) est un outil développé par la HAS et destiné aux médecins généralistes. Le repérage précoce concerne tous les patients et permet d'évaluer la consommation déclarée, si besoin à l'aide du questionnaire FACE [Annexe 6] et d'identifier les consommations à risque. L'intervention brève concerne les consommateurs à risque de dommages, ayant intérêt à les diminuer et le souhaitant. Elle permet de délivrer une information ciblée, d'avoir une approche motivationnelle et de délivrer des conseils pour mener des changements de comportements. Ce processus est adapté à la spécificité de la médecine générale (court, peu coûteux, acceptable pour les patients et les médecins). Il a démontré son efficacité sur la diminution des consommations d'alcool, à condition que les contacts soient réguliers dans le temps. Une formation des professionnels est pré-requise et constitue le principal frein à son essor [31]. Le rôle du médecin traitant est complémentaire de celui des membres de l'équipe pluridisciplinaire qui doivent travailler en collaboration.

Même si le suivi médical est optimal, les faillies peuvent venir des patients eux-mêmes, par manque de compliance aux mesures postopératoires ou par manque d'assiduité aux rendez-vous. Un patient peut suivre partiellement ou même interrompre son suivi postopératoire. Le suivi à vie, augmente le risque de perdus de vue au fil du temps. Ce qui est prouvé dans une étude, où 33,9% des patients opérés d'une sleeve gastrectomie ne se sont pas présentés à leur consultation programmée avec le psychiatre à 1 an. La compliance au suivi somatique est plus importante car plus de 80% des patients effectuent leur suivi. Ces résultats confirment les difficultés de ces patients à admettre leur pathologie psychique. Tous les acteurs des soins primaires doivent œuvrer pour détecter et prendre en charge ces patients en difficultés.

Conclusion

Le bénéfice de la chirurgie bariatrique sur la prise en charge de l'obésité est avéré, avec une perte de poids importante, une diminution des comorbidités cardio-vasculaires et rhumatologiques ainsi qu'une augmentation de la qualité de vie des patients.

L'indication opératoire ne doit pas être remise en question en cas de problème psychique ou addictif. Une prise en charge adaptée avant l'intervention doit permettre de stabiliser la pathologie psychique. L'importance des échecs de la chirurgie et l'augmentation du mésusage des substances (comme l'alcool) en post-intervention, soulignent le besoin d'un suivi régulier en postopératoire. Ce suivi psychiatrique ou psychologique doit être réel et constant, pour tous les patients, surtout en présence d'un contexte psychologique fragile ancien, de traumatismes psychiques, de pathologies addictives ou de troubles des conduites alimentaires en pré-opératoire. La question de l'alcool doit être abordée lors des différentes étapes de la procédure chirurgicale, mais aussi sur le long terme. Les patients doivent être informés d'une modification des effets de l'alcool et du risque majoré d'abus d'alcool après le bypass. Le médecin traitant peut avoir un rôle important après l'intervention, en évaluant fréquemment les consommations d'alcool de ces patients et en identifiant les situations à risques.

Car le principal problème reste la difficulté des patients à évoquer leur problème d'alcool au corps médical. Les troubles sont souvent occultés ou minimisés. Ces patients peuvent même se trouver en marge de toute prise en charge médicale.

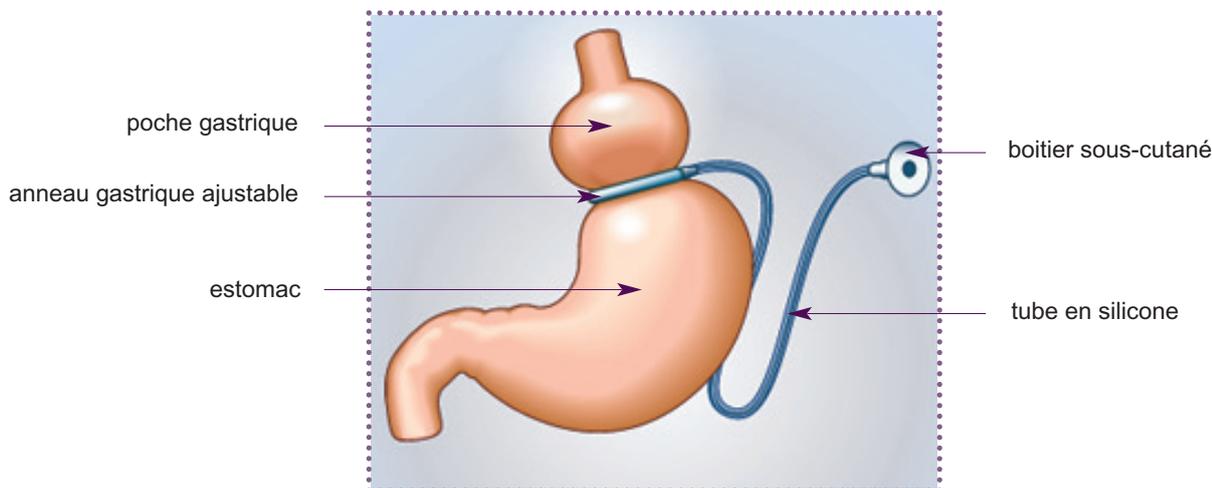
Bibliographie

- 1 - ObEpi-Roche 2012 : enquête nationale sur l'obésité et le surpoids. Récupéré le 18 octobre 2016, sur <http://www.roche.fr/innovation-recherche-medicale/decouverte-scientifique-medicale/cardio-metabolisme/enquete-nationale-obepi-2012.html>
- 2 - Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Récupéré le 5 novembre 2016, sur http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/35-36/2016_35-36_5.html
- 3 - Haute Autorité de Santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. (2009). Récupéré le 18 octobre 2016, sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_765529/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte
- 4 - Schaaf C., Iannelli A., Gugenheim J. (2015). État actuel de la chirurgie bariatrique en France. *e-mémoire de l'académie nationale de chirurgie*, 14(2), 104–107. Récupéré le 18 octobre 2016, sur <http://doi.org/10.14607/emem.2015.2.104>
- 5 - Halimi S. (2013). Épidémiologie, coûts et organisation des soins Le rapport de la Cnamts sur la chirurgie bariatrique en France. *Médecine des maladies métaboliques*, 7(4), 375-7.
- 6 - Ertelt T. W., Mitchell J. E., Lancaster K., Crosby R. D., Steffen K. J., & Marino J. M. (2008). Alcohol abuse and dependence before and after bariatric surgery: a review of the literature and report of a new data set. *Surgery for Obesity and Related Diseases: Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 4(5), 647–50.
- 7 - King W. C., Chen J.-Y., Mitchell J. E., Kalarchian M. A., Steffen K. J., Engel S. G., & Yanovski S. Z. (2012). Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *JAMA*, 307(23), 2516–25.
- 8 - Svensson P.-A., Anveden Å., Romeo S., Peltonen M., Ahlin S., Burza M. A., & Carlsson L. M. S. (2013). Alcohol consumption and alcohol problems after bariatric surgery in the Swedish obese subjects study. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 21(12), 2444–51.
- 9 - Ostlund M. P., Backman O., Marsk R., Stockeld D., Lagergren J., Rasmussen F., & Näslund E. (2013). Increased admission for alcohol dependence after gastric bypass surgery compared with restrictive bariatric surgery. *JAMA Surgery*, 148(4), 374–7.
- 10 - Cuellar-Barboza A. B., Frye M. A., Grothe K., Prieto M. L., Schneekloth T. D., Loukianova L. L., & Abulseoud O. A. (2015). Change in consumption patterns for treatment-seeking patients with alcohol use disorder post-bariatric surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(3), 199–204.
- 11 - Solioz P., Culand V. (2015). Influence de la chirurgie bariatrique sur l'augmentation de la consommation d'alcool. Travail de Bachelor. Haute école de santé, Genève. Consulté le 4 avril 2017, sur http://doc.rero.ch/record/257103/files/TB_DIET_2015_1_Solioz_Culand.pdf
- 12 - Pope C., Ziebland S., Mays N. (2000). Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ* 2000, 320:114-6.
- 13 - Ivezaj V., Saules K. K., & Wiedemann A. A. (2012). "I didn't see this coming.": why are postbariatric patients in substance abuse treatment? Patients' perceptions of etiology and future recommendations. *Obesity Surgery*, 22(8), 1308–14.
- 14 - Mauri M., Rucci P., Calderone A., Santini F., Oppo A., Romano A., & Cassano G. B. (2008). Axis I and II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), 295–301.

- 15 - Papageorgiou G. M., Papakonstantinou A., Mamplekou E., Terzis I., & Melissas J. (2002). Pre- and Postoperative Psychological Characteristics in Morbidly Obese Patients. *Obesity Surgery*, 12(4), 534–539.
- 16 - Meule A., Heckel D., & Kübler A. (2012). Factor Structure and Item Analysis of the Yale Food Addiction Scale in Obese Candidates for Bariatric Surgery. *European Eating Disorders Review*, 20(5), 419–422.
- 17 - Hyperphagie - Définition et traitement - Troubles alimentaires.org. Consulté le 3 avril 2017 sur <http://www.troublesalimentaires.org/hyperphagie.htm>
- 18 - Engel S. G., Kahler K. A., Lystad C. M., Crosby R. D., Simonich H. K., Wonderlich S. A., & Mitchell J. E. (2009). Eating behavior in obese BED, obese non-BED, and non-obese control participants: A naturalistic study. *Behaviour Research and Therapy*, 47(10), 897–900.
- 19 - Le Floch B., Zacharewicz B., Barba D., Chiron B., Barais M., Calvez A., Le Reste J.Y. (2012) Déterminants de la consommation d'opiacés chez les marins-pêcheurs, *Exercer* ; 102, 100-6.
- 20 - Hawke A., O'Brien P., Watts J. M., Hall J., Dunstan R. E., Walsh J. F., & Elmslie R. G. (1990). Psychosocial and physical activity changes after gastric restrictive procedures for morbid obesity. *The Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 60(10), 755–8.
- 21 - Klockhoff H., Näslund I., & Jones A. W. (2002). Faster absorption of ethanol and higher peak concentration in women after gastric bypass surgery. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 54(6), 587–91.
- 22 - Woodard G. A., Downey J., Hernandez-Boussard T., & Morton J. M. (2011). Impaired alcohol metabolism after gastric bypass surgery: a case-crossover trial. *Journal of the American College of Surgeons*, 212(2), 209–14.
- 23 - Favre L. (2014). Long-term implication of bariatric surgery: beyond deficiencies. *Revue Médicale Suisse*, 10(423), 706, 708–10.
- 24 - Rydén O., Olsson S. A., Danielsson A., & Nilsson-Ehle P. (1989). Weight loss after gastroplasty: psychological sequelae in relation to clinical and metabolic observations. *Journal of the American College of Nutrition*, 8(1), 15–23.
- 25 - Larsen F. (1990). Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity. A prospective psychiatric study. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 359, 1–57.
- 26 - Avena N. M., Gold M. S. (2011). Sensitivity to alcohol in obese patients: a possible role for food addiction. *Journal of the American College of Surgeons*, 213(3), 451; author reply 451–2.
- 27 - Reslan S., Saules K. K., Greenwald M. K., & Schuh L. M. (2014). Substance misuse following Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Substance Use & Misuse*, 49(4), 405–17.
- 28 - Saules K. K., Wiedemann A., Ivezaj V., Hopper J. A., Foster-Hartsfield J., & Schwarz D. Bariatric surgery history among substance abuse treatment patients: prevalence and associated features. *Surgery for Obesity and Related Diseases: Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 6(6), 615–21.
- 29- Adams T. D., Gress R. E., Smith S. C., Halverson R. C., Simper S. C., Rosamond W. D., & Hunt S. C. (2007). Long-Term Mortality after Gastric Bypass Surgery. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 753–761.

- 30 - Mitchell J. E., Crosby R., de Zwaan M., Engel S., Roerig J., Steffen K., & Wonderlich S. (2013). Possible risk factors for increased suicide following bariatric surgery. *Obesity*, 21(4), 665–672.
- 31 - Haute autorité de santé (2014). Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Consulté le 5 avril 2017 sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_delaboration_reperage_alcool_cannabis_tabac_-_rapport_delaboration.pdf

Technique de l'anneau gastrique ajustable



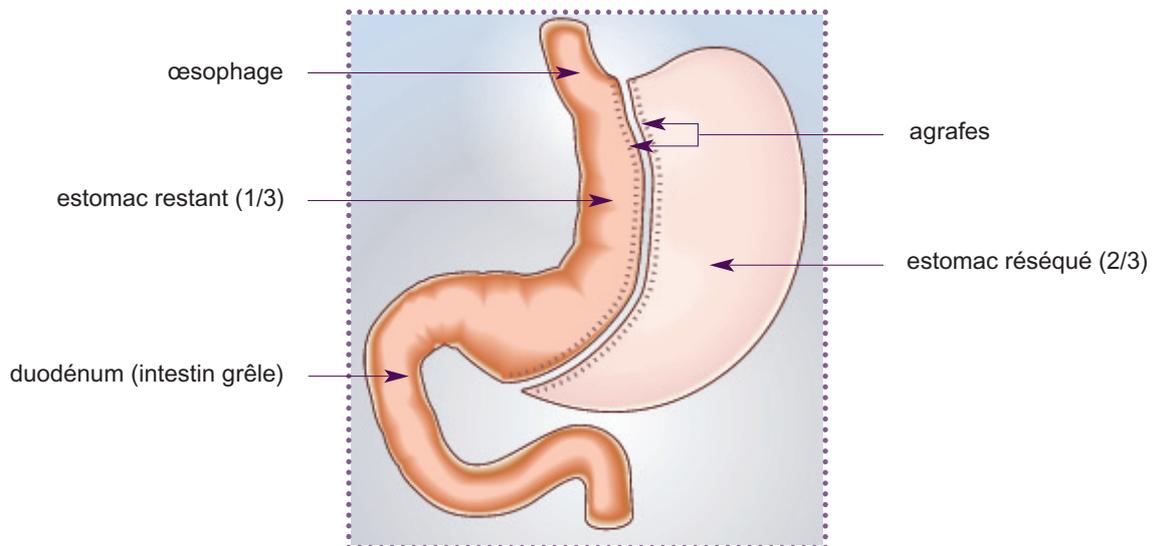
Principe	<p>Technique restrictive qui diminue le volume de l'estomac et ralentit le passage des aliments. Elle ne perturbe pas la digestion des aliments.</p> <p>Un anneau (dont le diamètre est modifiable) est placé autour de la partie supérieure de l'estomac, délimitant ainsi une petite poche. Peu d'aliments sont nécessaires pour remplir cette poche et la sensation de satiété apparaît rapidement. Les aliments vont s'écouler très lentement selon le principe du sablier.</p>
Caractéristiques	<p>Seule technique ajustable</p> <p>L'anneau est relié par un petit tube à un boîtier de contrôle placé sous la peau. Cet anneau peut être serré ou desserré en injectant un liquide dans le boîtier, à travers la peau. Un contrôle radiologique est nécessaire lors du suivi.</p> <p>L'anneau peut être retiré au cours d'une nouvelle intervention en cas de complication, d'inefficacité ou sur demande du patient.</p>
Perte de poids attendue	<p>De l'ordre de 40 à 60 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 20 à 30 kg¹. Le recul sur ces résultats est de 10 ans.</p> <p>En cas de retrait de l'anneau, une reprise de poids est habituelle.</p>
Durée moyenne de l'intervention ²	1 heure
Durée moyenne de l'hospitalisation ³	2 à 3 jours
Mortalité liée à l'intervention	0,1 %
Principaux risques de complications	<p>Des complications mécaniques peuvent survenir après l'intervention, même après plusieurs années :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ problèmes liés au boîtier : infections, déplacement du boîtier sous la peau, douleurs au niveau de l'emplacement du boîtier, rupture du tube reliant le boîtier et l'anneau ; ▶ glissement de l'anneau et dilatation de la poche au-dessus de l'anneau pouvant entraîner des vomissements importants voire l'impossibilité de s'alimenter ; ▶ troubles de l'œsophage (reflux, œsophagite, troubles moteurs...) ; ▶ lésions de l'estomac provoquées par l'anneau (érosion de l'estomac, migration de l'anneau). <p>Une nouvelle intervention peut s'avérer nécessaire pour retirer l'anneau ou pour réaliser une autre technique de chirurgie de l'obésité.</p>

1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m².

2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.

3. En l'absence de complication après l'intervention.

Technique de la gastrectomie longitudinale (ou gastrectomie en manchon ou *sleeve gastrectomy*)



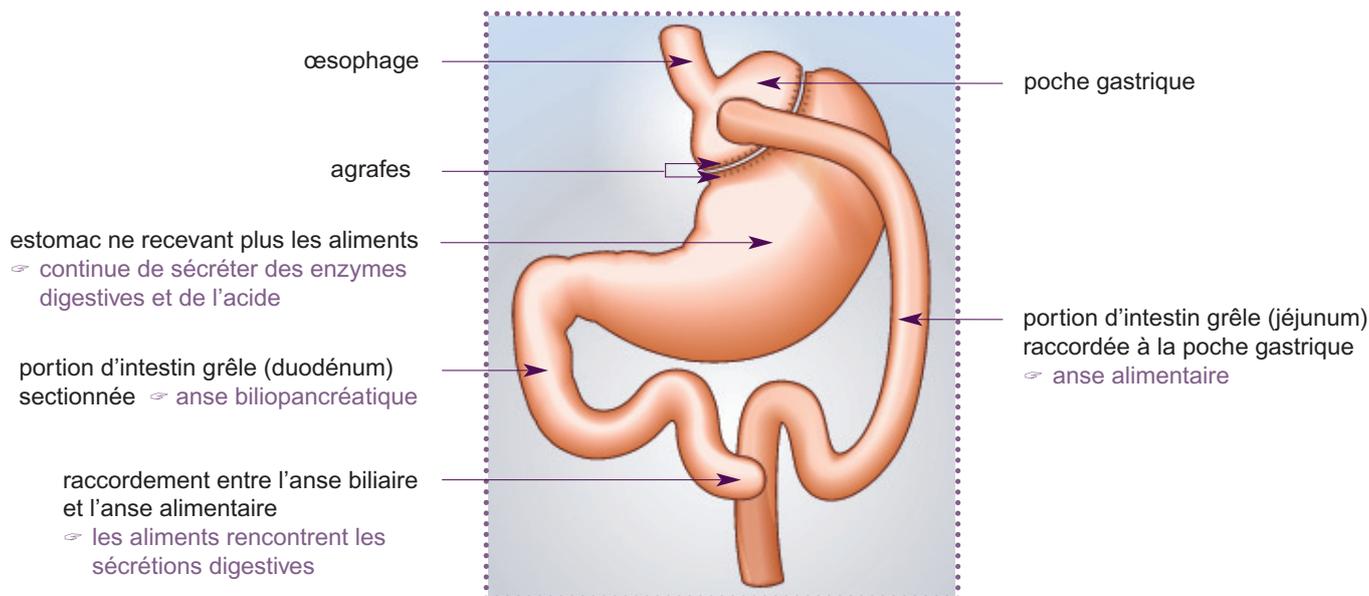
Principe	<p>Technique restrictive qui consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac et, notamment, la partie contenant les cellules qui sécrètent l'hormone stimulant l'appétit (ghréline). L'estomac est réduit à un tube vertical et les aliments passent rapidement dans l'intestin. En outre, l'appétit est diminué. Cette technique ne perturbe pas la digestion des aliments.</p> <p>La gastrectomie longitudinale constitue, parfois, la première étape d'une dérivation biliopancréatique (voir technique page 15).</p>
Perte de poids attendue	De l'ordre de 45 à 65 % de l'excès de poids après deux ans, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 25 à 35 kg ¹ . Le recul sur ces résultats est de 2 ans.
Durée moyenne de l'intervention ²	2 heures
Durée moyenne de l'hospitalisation ³	3 à 8 jours
Mortalité liée à l'intervention	Estimée à 0,2 %
Principaux risques de complications	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ulcères, fuites ou rétrécissement au niveau de l'estomac restant ; ▶ hémorragies postopératoires précoces ; ▶ carences nutritionnelles possibles (à surveiller) ; ▶ reflux gastro-œsophagien (remontées acides et alimentaires dans l'œsophage) et inflammation de l'œsophage ; ▶ dilatation de l'estomac ;

1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m².

2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.

3. En l'absence de complication après l'intervention.

Technique du *bypass* gastrique (ou court-circuit gastrique)



Principe	Technique restrictive et malabsorptive qui permet de diminuer à la fois la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche) et l'assimilation de ces aliments par l'organisme, grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin (aucun organe n'est enlevé). Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont donc assimilés en moindres quantités.
Perte de poids attendue	De l'ordre de 70 à 75 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 35 à 40 kg ¹ . Le recul sur ces résultats est de 20 ans.
Durée moyenne de l'intervention ²	1h30 à 3 heures
Durée moyenne de l'hospitalisation ³	4 à 8 jours
Mortalité liée à l'intervention	0,5 %
Principaux risques de complications	<ul style="list-style-type: none"> ▶ complications chirurgicales : ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de la jonction entre l'estomac et l'intestin, hémorragies, occlusion de l'intestin ; ▶ carences nutritionnelles ; ▶ complications fonctionnelles : hypoglycémie après le repas, <i>dumping syndrome</i>[*], constipation.

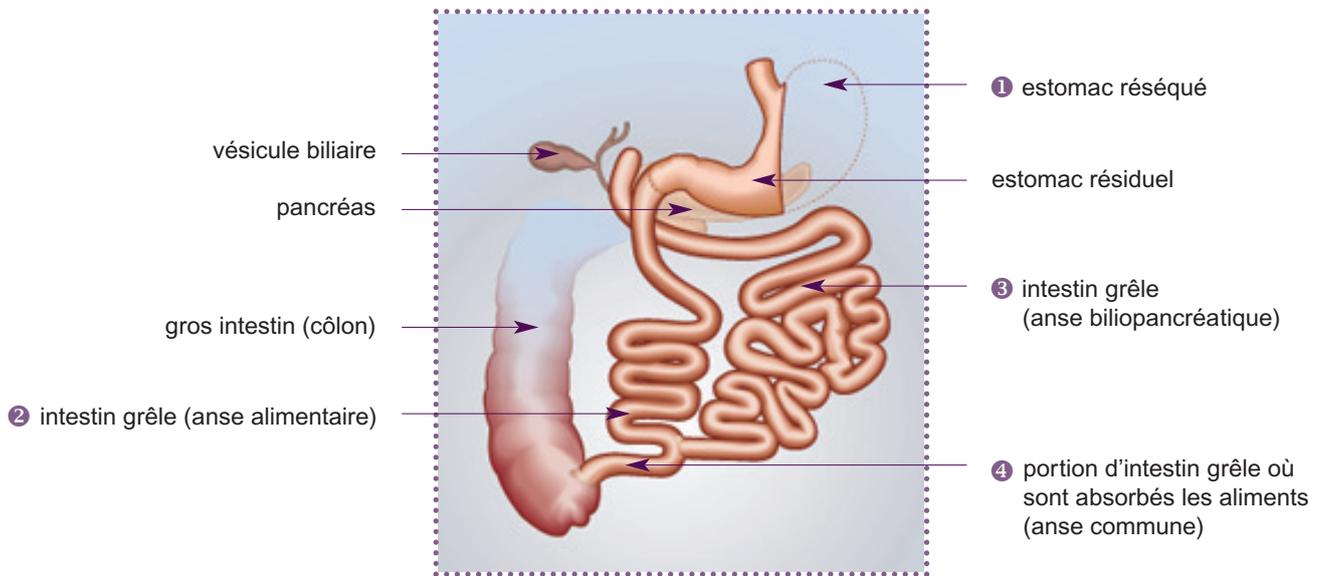
1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m².

2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.

3. En l'absence de complication après l'intervention.

* **Dumping syndrome** : sensation de malaise (avec palpitations, mal de tête, nausée, diarrhée...) qui peut survenir juste après un repas. Ce syndrome est dû à l'arrivée massive et rapide dans l'intestin d'aliments très riches en graisses ou en sucres.

Technique de la dérivation biliopancréatique



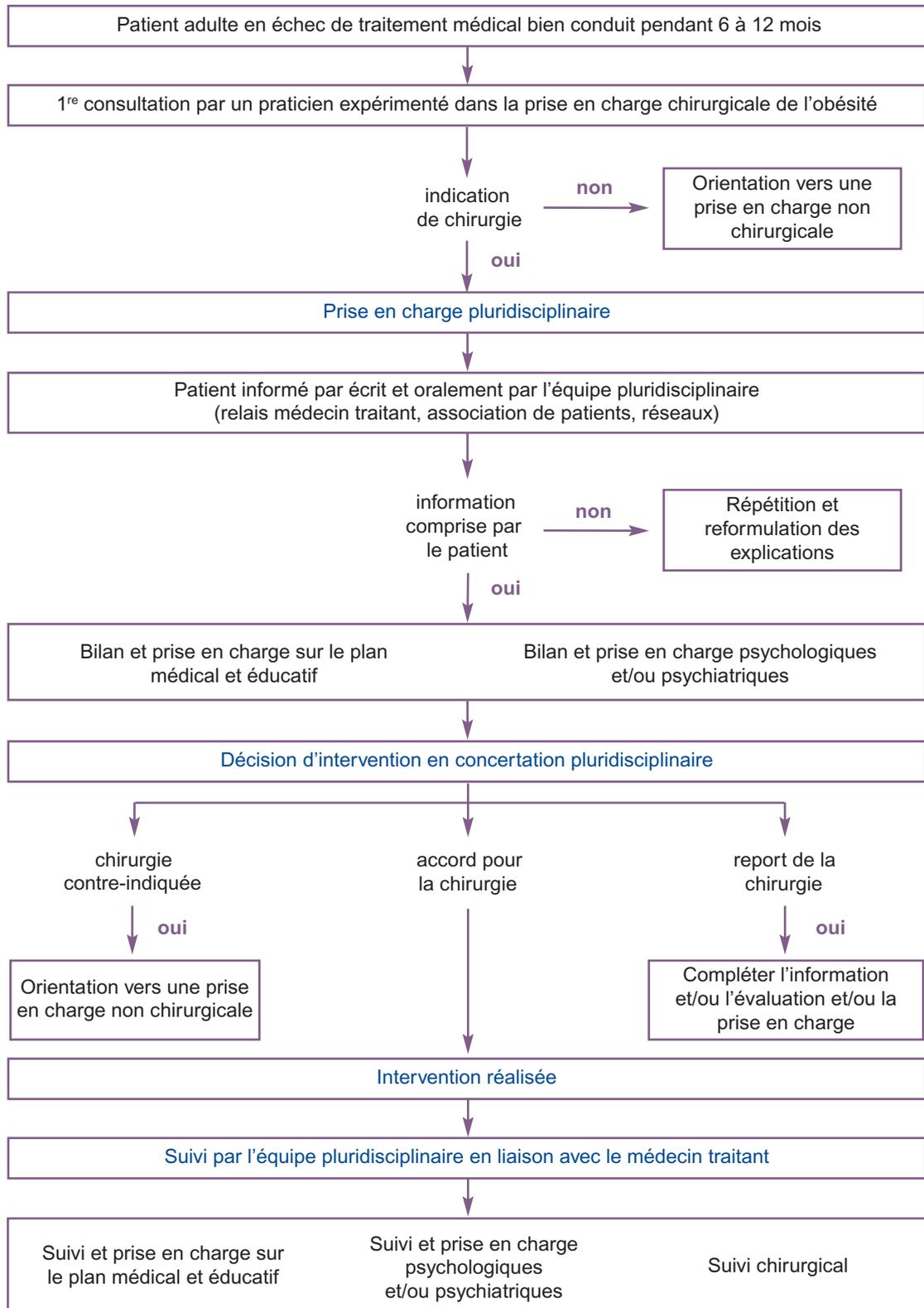
Principe	<p>Technique restrictive et malabsorptive : cette technique complexe permet de limiter la quantité d'aliments ingérés et l'assimilation de ces aliments par l'intestin.</p> <p>La taille de l'estomac ① est réduite par gastrectomie et l'intestin grêle divisé en deux parties ② et ③. L'estomac est raccordé à la partie ② servant à véhiculer les aliments jusqu'au gros intestin. La partie ③, qui sert à transporter les sécrétions digestives du foie et du pancréas, est raccordée à la fin de l'intestin grêle ④. Ainsi, les aliments ne sont digérés par les sucs digestifs et assimilés que sur une courte portion de l'intestin grêle ④ ; l'essentiel des aliments passent directement dans le gros intestin sans être absorbés.</p>
Caractéristiques	Cette technique est réservée aux patients avec IMC ≥ 50 kg/m ² et/ou après échec d'une autre technique. Elle doit être pratiquée par une équipe spécialisée dans sa réalisation.
Perte de poids attendue	De l'ordre de 75 à 80 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 60 à 65 kg ¹ . Le recul sur ces résultats est de 25 ans.
Durée moyenne de l'intervention ²	4 à 5 heures
Durée moyenne de l'hospitalisation ³	8 à 10 jours
Mortalité liée à l'intervention	1 %
Principaux risques de complications	<ul style="list-style-type: none"> ▶ risque important de carences nutritionnelles (en protéines et en vitamines) ; ▶ risque important de malabsorption de médicaments ; ▶ complications fonctionnelles : diarrhée, selles malodorantes ; ▶ complications chirurgicales : ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de la jonction entre l'estomac et l'intestin, hémorragies, occlusion de l'intestin.

1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 50 kg/m².

2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.

3. En l'absence de complication après l'intervention.

Le parcours du patient candidat à la chirurgie de l'obésité



I N F O R M A T I O N D U P A T I E N T

Formulaire du recueil de consentement pour les participants majeurs (en 2 exemplaires)

Chirurgie bariatrique et consommation d'alcool post-intervention : liaisons dangereuses ?

Déterminants de l'augmentation de la consommation d'alcool chez les femmes après une chirurgie de l'obésité (by pass gastrique).

LANCIEN Marine, Faculté de médecine de Brest, responsable de la recherche m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « *Chirurgie bariatrique et consommation d'alcool post-intervention : liaisons dangereuses ?* »

J'ai pris connaissance du résumé m'expliquant l'étude mentionnée ci-dessus (voir au verso).
J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses claires et précises.

J'atteste que je suis affilié à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte que soit effectuée une analyse des données nominatives me concernant en conformité avec les dispositions de la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (traitement informatisé des données nominatives). J'ai noté que je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification garanti par les articles 39 et 40 de cette loi en m'adressant à Mme LANCIEN Marine

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « *Chirurgie bariatrique et consommation d'alcool post-intervention : liaisons dangereuses ?* »

Paraphe

Mon consentement ne décharge pas le responsable de la recherche et le financeur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à..... le
En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Responsable de la recherche

Nom Prénoms

Nom Prénom

Signature :

(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

Signature :

En l'absence d'autonomie de lecture et d'écriture ou en situation de déficit cognitif entravant la compréhension de M... Mme... , la tierce personne ci-dessous identifiée, totalement indépendante du responsable de la recherche et du financeur, atteste avoir personnellement et fidèlement lu au participant la notice d'information et le présent formulaire de consentement et recueilli son accord pour signer ci-dessous en son nom ".

Nom Prénoms

Signature :

Résumé de l'étude :

FACE

Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients.

En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

	Score
1 A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	
Jamais <input type="checkbox"/> 0 une fois par mois ou moins <input type="checkbox"/> 1 2 à 4 fois par mois <input type="checkbox"/> 2 2 à 3 fois par semaine <input type="checkbox"/> 3 4 fois ou plus par semaine <input type="checkbox"/> 4	
2 Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	
Un ou deux <input type="checkbox"/> 0 trois ou quatre <input type="checkbox"/> 1 cinq ou six <input type="checkbox"/> 2 sept à neuf <input type="checkbox"/> 3 dix ou plus <input type="checkbox"/> 4	
3 Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	
Non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 4	
4 Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	
Non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 4	
5 Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?	
Non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 4	
TOTAL	

Interprétation :

Date : ____ / ____ / ____

⊗ Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation à risque.

⊗ Pour les hommes, un score supérieur ou égal à 5 indique une consommation à risque.

⊗ Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.

Entre ces deux seuils, une « intervention brève » (conseil structuré de réduction de la consommation) est indiquée.

Photocopier autant que nécessaire.

LANCIEN Marine – **Alcool et chirurgie de l'obésité : liaisons dangereuses ?** Déterminants de l'augmentation de la consommation d'alcool chez les femmes après une chirurgie de l'obésité type bypass gastrique.

Thèse de Médecine Générale, Brest 2017

RESUME

Introduction : Les récentes données de la littérature rapportent une augmentation d'un mésusage ou d'une dépendance à l'alcool après une chirurgie bariatrique de type bypass gastrique. L'abus d'alcool peut correspondre à une récurrence d'un problème d'alcool existant avant l'intervention, mais il peut s'agir d'un mésusage *de novo*. Nous avons étudié ces patients ayant une dépendance à l'alcool après un by pass gastrique, recrutés dans un centre de soins et de réadaptation en alcoologie féminin. L'objectif de l'étude est d'identifier les déterminants de l'augmentation de la consommation d'alcool chez les femmes après une chirurgie de l'obésité type by pass gastrique.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé huit entretiens semi-dirigés auprès de femmes volontaires. Les critères de recrutements étaient d'avoir effectué une post-cure en addictologie dans l'établissement et d'avoir un antécédent de By pass gastrique. L'analyse des données a été effectuée par la méthode de théorisation ancrée.

Résultats : Avant le bypass, un contexte psychique fragile, un refuge dans la nourriture, des comportements excessifs et une inhibition provoquée par l'obésité sont évoqués. Le bypass va provoquer des modifications : perception plus rapide et plus intense des effets de l'alcool, perte de repère suite modifications corporelles. Après le bypass, émerge le transfert d'addiction, la notion de guérison incomplète et un accompagnement médical insuffisant sur le plan psychologique.

Discussion : Nos résultats sont comparables aux données de la littérature. Une étude portant sur un plus grand échantillon serait utile pour obtenir des résultats significatifs sur la prévalence des déterminants.

Conclusion : Nécessiter d'informer les patients candidats au bypass sur les effets modifiés de l'alcool liés à et du risque majoré d'abus d'alcool après l'intervention. Le suivi psychologique doit être optimisé pour repérer les complications psychologiques et addictologiques après l'opération.

MOTS CLES :

FEMME

BY PASS GASTRIQUE

DEPENDANCE ALCOOL

TRANSFERT D'ADDICTION

JURY :

Président : M. DELARUE

Membres : M. LE FLOCH

MME. BARAIS

MME. KERJEAN

DATE DE SOUTENANCE :

18 mai 2017