



# Place de l'éducation thérapeutique du patient dans la chirurgie bariatrique

Rev Med Suisse 2014; 10: 701-5

S. Vergotte  
Z. Pataky  
F. Sittarame  
A. Golay

Drs Stéphanie Vergotte, Zoltan Pataky et Frédéric Sittarame  
Pr Alain Golay  
Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques  
Centre collaborateur de l'OMS  
Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences  
HUG et Université de Genève  
1211 Genève 14  
stephanie.vergotte@hcuge.ch  
frederic.sittarame@hcuge.ch  
zoltan.pataky@hcuge.ch  
alain.golay@hcuge.ch

L'éducation thérapeutique a démontré son efficacité dans la prise en charge de nombreuses maladies chroniques, dont l'obésité. Elle étend aujourd'hui son champ d'action à la préparation des patients obèses en attente de chirurgie bariatrique. Un programme de préparation permet de donner au patient des informations sur la chirurgie, le suivi nécessaire et le risque de reprise de poids. Il vise également à permettre au patient de comprendre les comportements l'ayant amené à l'obésité et l'aider à les modifier pour éviter de reprendre le poids perdu avec la chirurgie. Un accompagnement spécialisé en postopératoire est aussi recommandé. D'après la littérature, les patients sont satisfaits de tels programmes, cela les aide à perdre du poids en préopératoire. L'efficacité sur la perte de poids postopératoire ou la compliance reste à prouver.

## INTRODUCTION

L'obésité est associée à plusieurs comorbidités et à une diminution de la qualité de vie. L'éducation thérapeutique a permis, par une approche multidisciplinaire, de mettre en place des programmes de prise en charge de ces patients pour les soutenir dans leur démarche de perte de poids.<sup>1</sup>

Aujourd'hui, la chirurgie bariatrique fait partie de l'arsenal thérapeutique disponible pour aider les patients obèses à perdre du poids et peut s'inscrire dans leur parcours. Pour autant, souvent considérée comme une solution magique par les patients, l'option chirurgicale entraîne des changements importants dans la vie des patients, sur l'alimentation, mais aussi

sur l'image corporelle, les relations sociales ou familiales. Il y a des impératifs de suivi, en particulier pour dépister des carences en micronutriments<sup>2</sup> ou une reprise de poids,<sup>3</sup> et une chirurgie plastique peut être indiquée en cas d'excès cutané important suite à l'amaigrissement massif.

Dans quelle mesure l'éducation thérapeutique, forte de son expérience dans l'obésité en tant que maladie chronique, peut-elle aider les personnes qui choisissent le traitement chirurgical ?

## L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT OBÈSE

L'éducation thérapeutique est une discipline née dans les années 1970, dans le but d'aider les patients ayant une maladie chronique à mieux vivre avec leur traitement au long cours.

Une importante revue, regroupant 590 études randomisées et environ 50000 patients, montre l'efficacité de l'éducation du patient dans une dizaine de maladies chroniques.<sup>4</sup> Cependant, les interventions éducatives sont peu décrites et il est fréquent que les groupes contrôles aient aussi bénéficié d'une éducation sommaire. En dépit de ces biais, l'éducation des patients est hautement efficace pour plus de 60% des études, et ceci quels que soient les pathologies et les indicateurs utilisés.

### The role of patient education in bariatric surgery

Therapeutic patient education (TPE) has demonstrated its efficacy in treating numerous chronic conditions, including obesity. Currently, TPE has broadened its field of activity to the preparation of obese patients undergoing bariatric surgery.

A preparative program allows informing patients about the surgery, the necessity of the follow-up and the risk of weight regain. It also aims to allow the patient to understand the behaviors which initially brought about its obesity and to help modify these behaviors in order to avoid weight regain after the surgery. A follow-up post surgery by trained health care providers is also recommended.

Current literature suggests that patients are satisfied with such educational programs, and that they help them to lose weight before surgery. The efficacy on post surgery weight loss and compliance is yet to be proved.



L'éducation thérapeutique des patients obèses a très bien été étudiée, avec des spécificités assez bien définies.<sup>5</sup>

En effet, l'obésité a comme facteurs étiologiques bien identifiés, et sur lesquels le patient peut agir, les troubles du comportement alimentaire, les erreurs diététiques et un manque d'activité physique. La difficulté vient surtout d'adopter des changements de vie sur le long terme. Des programmes tels que la prise en charge durant l'hospitalisation, puis en consultation par des praticiens formés à l'éducation thérapeutique sur le long cours permettent à plus de la moitié des patients obèses de perdre plus de 10% de leur poids et de le maintenir à cinq ans.<sup>6</sup>

### LA CHIRURGIE BARIATRIQUE, UN TRAITEMENT DE PLUS EN PLUS FRÉQUENT

Pour aider les personnes obèses à perdre du poids, une des alternatives possibles est la chirurgie bariatrique. Elle a démontré son efficacité en termes de baisse de poids, de résolution des comorbidités associées, de la diminution de la mortalité<sup>7</sup> et de l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Le bypass gastrique est aujourd'hui le traitement chirurgical le plus efficace en raison de la combinaison d'une restriction et d'une malabsorption, avec des effets secondaires acceptables. Le suivi doit cependant se faire sur le long terme pour dépister et supplémer des carences, traiter des troubles du comportement alimentaire mettant en péril la perte de poids et le maintien de celui-ci.

Si, dans la première année suivant la chirurgie, les patients bénéficient pleinement des effets recherchés et atteignent leur poids le plus bas en postopératoire (en moyenne -38% du poids initial<sup>7</sup>), on observe ensuite une reprise pondérale, le plus souvent limitée à quelques kilos. Mais, à dix ans, près de 9% des patients opérés ont perdu moins de 5% de leur poids initial.<sup>3</sup>

Comment peut-on aider les patients opérés à réussir leur projet de perte de poids sur le long terme ?

### FACTEURS COMPORTEMENTAUX DE PERTE ET DE REPRISE DE POIDS

Plusieurs études ont cherché à comprendre quels étaient les facteurs comportementaux associés à la perte ou à la reprise de poids après bypass.

Parmi les facteurs de perte de poids, on a identifié le suivi avec le chirurgien, l'adhésion à un groupe de soutien postopératoire, la pratique de l'activité physique, le fait d'avoir une bonne estime de soi et le suivi nutritionnel. La présence d'un *binge eating disorder* est inversement corrélée à la perte de poids.<sup>8</sup>

Les facteurs de reprise de poids sont la consommation de produits gras et sucrés et d'aliments à haute densité énergétique, la sédentarité et l'absence de suivi nutritionnel.<sup>9</sup>

Tous ces facteurs sont similaires à ceux que l'on retrouve chez les personnes obèses non opérées. La réalisation d'un bypass offre aux patients la possibilité d'atteindre un poids beaucoup plus bas et de résoudre ou d'améliorer les problèmes de santé consécutifs. Mais s'ils retrouvent les

mêmes habitudes après la chirurgie qu'avant, le risque est de revenir au poids initial.

### EDUCATION THÉRAPEUTIQUE ET CHIRURGIE BARIATRIQUE

L'éducation thérapeutique a pour principe de s'adapter aux besoins des patients au moment de la prise en charge. Pour mieux pouvoir comprendre les personnes malades, il est important de connaître leurs croyances et leurs représentations vis-à-vis de leur pathologie. Chez les patients avec une obésité morbide en attente de chirurgie bariatrique, il ressort l'idée que l'obésité est héréditaire et que leur comportement envers l'alimentation est difficile à contrôler. L'alimentation est omniprésente dans leur vie et suivre un plan alimentaire est extrêmement difficile. Chez ces patients, la chirurgie bariatrique apparaît comme le seul traitement de l'obésité, le début d'une nouvelle vie où le rôle du professionnel de santé est primordial. Les troubles du comportement alimentaire sont hors de leur contrôle, et la chirurgie peut représenter une solution miracle qui va changer leur vie sans participation active de leur part.<sup>10</sup> Les patients espèrent une perte de poids bien supérieure à celle que la chirurgie leur permettra d'atteindre et, souvent, la déception est grande.<sup>11</sup>

L'objectif d'une préparation au bypass est de redonner du pouvoir au patient (*empowerment*): celui de retrouver une maîtrise sur les événements déterminant leur poids. Celui aussi de s'engager dans un traitement chirurgical en toute connaissance de cause, c'est-à-dire d'en connaître les risques, les bénéfices attendus et les conséquences. Celui de prendre conscience de ce qui l'a amené à ce poids pour pouvoir comprendre, et mettre en place des compétences et/ou un réseau de soignants pour éviter de répéter la même histoire. Dans leurs recommandations pour la chirurgie bariatrique,<sup>12</sup> les sociétés savantes dans le domaine (American Association of Clinical Endocrinologists, International Association for the Study of Obesity, International Society for the Preoperative Care of the Obese Patient, European Association for the Study of Obesity) proposent, en préopératoire, d'effectuer des sessions d'éducation. A l'origine de ces recommandations, le souci d'être sûr que le patient prend sa décision de traitement chirurgical avec un consentement éclairé. Avec un bypass, c'est d'autant plus important que la chirurgie est difficilement réversible. En plus des risques médicaux liés à l'intervention, le patient doit savoir quelles vont être les conséquences sur son alimentation à court, moyen et long termes. Il est également souhaitable qu'il sache quelle perte de poids il est en mesure d'attendre, et que le risque de reprendre du poids n'est pas négligeable, tout ceci pour que le patient ne soit pas déçu des résultats de l'opération.

Les conséquences d'une perte de poids importante sont aussi esthétiques. Dans une série de patients, publiée en 2011, bien que 90% des patients aient été satisfaits de leur changement physique, 96% avaient un surplus cutané et environ 70% déclaraient souhaiter une chirurgie plastique pour ce motif.<sup>13</sup> Mais le coût n'est pas toujours supporté par les assurances. Les patients doivent connaître ce risque d'excès cutané au niveau de l'abdomen, des bras, de



la poitrine et des cuisses qui peut être très disgracieux, engendrer des macérations dans les plis cutanés et gêner la mobilité.

Un suivi est nécessaire pour prévenir les carences en micronutriments et adapter les traitements des comorbidités liées à l'obésité, qui peuvent disparaître avec la perte de poids. Finalement, le suivi est primordial pour éviter une reprise de poids importante.

Les patients peuvent exprimer leurs attentes en termes de changement de poids ou de leur comportement alimentaire, et discuter entre eux et avec des professionnels de santé. Ils peuvent également exprimer ce qu'ils anticipent sur les changements que la perte de poids va entraîner dans leur vie. Pour tout cela, la préparation et le suivi avant l'opération sont indispensables par des soignants compétents dans ce domaine.

Lorsque les patients peuvent prendre conscience de leurs erreurs diététiques et/ou d'un déficit d'activité physique et/ou de la présence de troubles du comportement alimentaire, ils pourront les rectifier avant la chirurgie.

Une bonne préparation, avec une perte de poids avant l'opération, permet de diminuer le volume du foie, facilitant l'acte opératoire, mais aussi de diminuer le temps opératoire, le nombre de complications chirurgicales et le temps de séjour hospitalier.<sup>14</sup>

### PROGRAMMES DE PRÉPARATION AU BYPASS

Des programmes de préparation sont mis en place par de nombreuses équipes. Ils sont bien perçus par les patients, qui les trouvent utiles. Leur impact sur la perte de poids postopératoire et sur l'adhésion au suivi a peu été évalué. Au Canada,<sup>15</sup> le temps d'attente important avant de pouvoir accéder à la chirurgie est exploité pour aider les patients. Les résultats préliminaires d'une autre équipe ont permis de montrer que davantage de patients arrivent à perdre du poids avant la chirurgie s'ils bénéficient d'une préparation.<sup>16,17</sup> La première étude publiée sur les impacts postopératoires d'une préparation ne met pas en évidence d'impact à un an sur la perte de poids ou l'adhésion aux recommandations.

Une des limites de l'éducation avant la chirurgie est que les patients oublient les informations transmises.<sup>18</sup> Dans les processus d'apprentissage, il est nécessaire d'avoir un rappel régulier des informations. La motivation à rester vigilant sur leur poids et leur mode d'alimentation doit être maintenue sur le long terme. De plus, un des facteurs permettant de perdre du poids et de maintenir cette perte de façon optimale est le suivi par une équipe spécialisée. L'éducation a donc également sa place en phase postopératoire.

Les groupes de soutien permettent d'aider les patients à supporter les changements drastiques qui s'opèrent après la chirurgie, mais aussi à ne pas retomber dans leurs anciennes habitudes de vie et de comportement alimentaire. Des rappels d'information sur la diététique, l'activité physique, le comportement alimentaire et la gestion des émotions sont effectués. Les patients qui assistent à ces groupes perdent plus de poids que les autres. De même, le suivi spécialisé de ces patients est un facteur permettant de perdre plus de poids.<sup>8</sup>

### UN NOUVEAU PROGRAMME AUX HUG

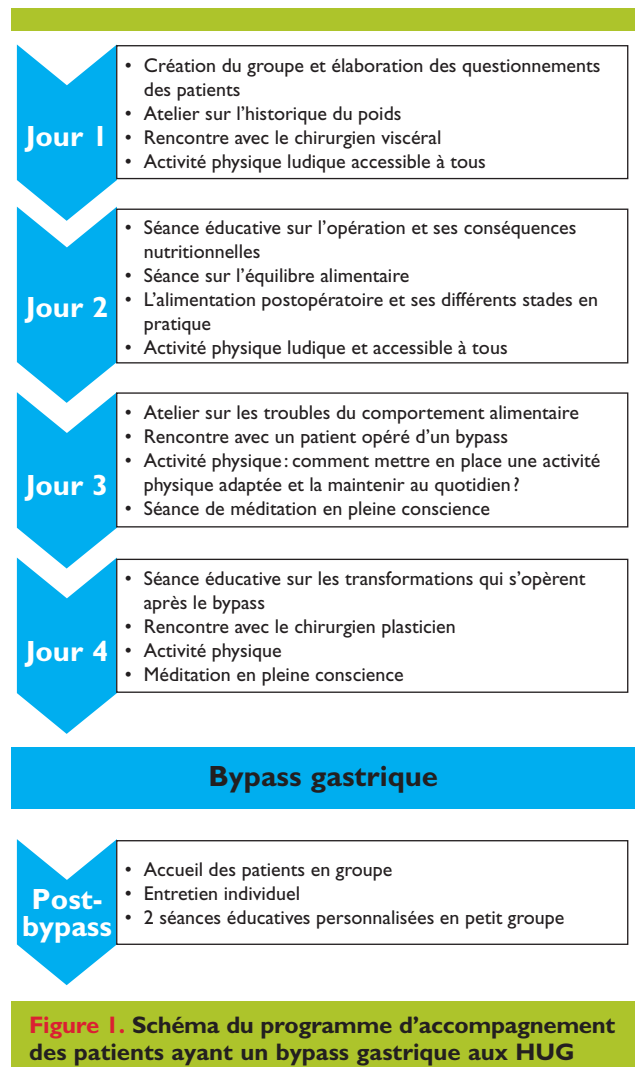
Nous avons mis en place, dans le service, un programme ambulatoire de quatre jours échelonnés dans les six mois précédant la chirurgie, pour préparer les patients au bypass. Le même groupe de patients se retrouve pour échanger autour de leur vécu de l'obésité et de l'attente du bypass. Ainsi émergent de nombreux questionnements auxquels nous répondons, à travers des ateliers d'éducation thérapeutique sur des thèmes diététiques, médicaux, psychologiques et sur l'activité physique. Il y a également des rencontres avec un patient déjà opéré, avec le chirurgien digestif et le chirurgien plasticien (figure 1).

Des journées postbypass sont également mises en place pour que les patients opérés puissent trouver un espace pour parler de leur expérience, en toute liberté et sans jugement.

Un suivi individuel spécialisé est également proposé si nécessaire, avant ou après la chirurgie.

### CONCLUSION

Les patients obèses qui choisissent d'avoir recours à un traitement chirurgical pour perdre du poids ont besoin d'être soutenus pour se préparer à l'opération et aux chan-





gements importants qui vont en découler. L'éducation thérapeutique, forte de son expérience dans le domaine des maladies chroniques, et notamment de l'obésité, propose aussi un suivi spécialisé avant et après la chirurgie bariatrique. Ceci permet aux patients de mobiliser au mieux leurs ressources pour réussir un bon projet de perte de poids et de changement de vie.

Les résultats d'études sur l'évaluation de l'impact des programmes de préparation à la chirurgie bariatrique sont en attente. Notre expérience et les résultats préliminaires de ces études mettent en évidence la satisfaction des patients à la chirurgie, qui jugent ces préparations très utiles. Le défi de réussir à répondre aux besoins des patients, avec une diminution des complications opératoires, une meilleure perte de poids et surtout un maintien à long terme, reste à être évalué sur un plus grand nombre de patients. ■

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

### Implications pratiques

- > Les patients avec une obésité morbide et candidats au bypass gastrique ont des grandes attentes vis-à-vis de cette chirurgie, souvent irréalistes, et ont le sentiment de ne rien pouvoir faire pour améliorer leur situation
- > L'éducation thérapeutique permet de les préparer aux changements qui vont être nécessaires après la chirurgie, et de leur faire prendre conscience des facteurs sur lesquels ils peuvent influencer pour réussir au mieux leur projet de perte de poids sur le long terme
- > En postopératoire, un suivi par un professionnel formé à la prise en charge de l'obésité, ou l'adhésion à un groupe de soutien, l'activité physique et une alimentation équilibrée sont les facteurs comportementaux associés à une meilleure perte de poids

### Bibliographie

- 1 Gaillard S, Barthassat V, Pataky Z, Golay A. Un nouveau programme d'éducation thérapeutique pour les patients obèses. *Rev Med Suisse* 2011;7:695-9.
- 2 Swiss Study Group for Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB). Directives pour le traitement chirurgical de l'obésité. [www.smob.ch](http://www.smob.ch). 2013.
- 3 \* Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 2007;357:741-52.
- 4 \*\* Lagger G, Pataky Z, Golay A. Efficacité de l'éducation thérapeutique. *Rev Med Suisse* 2009;5:688-90.
- 5 Chambuleyron M, Reiner M, Gaillard S, et al. Education thérapeutique du patient obèse, une approche de la complexité. *Obésité* 2012;7:199-204.
- 6 Buclin-Thiébaud S. New psycho-pedagogic approach to obesity treatment: A 5-year follow-up. *Patient Educ Couns* 2010;79:333-7.
- 7 \* Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2004;351:2683-93.
- 8 Livhits M, Mercado C, Yermilov I, et al. Behavioral factors associated with successful weight loss after gastric bypass. *Am Surg* 2010;76:1139-42.
- 9 \* Freire RH, Borges MC, Alvarez-Leite JJ, Toulson Davisson Correia MI. Food quality, physical activity, and nutritional follow-up as determinant of weight regain after Roux-en-Y gastric bypass. *Nutrition* 2012;28:53-8.
- 10 \* da Silva SS, da Costa Maia A. Obesity and treatment meanings in bariatric surgery candidates: A qualitative study. *Obes Surg* 2012;22:1714-22.
- 11 Heinberg LJ, Keating K, Simonelli L. Discrepancy between ideal and realistic goal weights in three bariatric procedures: Who is likely to be unrealistic? *Obes Surg* 2010;20:148-53.
- 12 Mechanick JL, Youdim A, Jones DB, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient – 2013 update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2013;9:159-91.
- 13 Kitzinger HB, Abayev S, Pittermann A, et al. After massive weight loss: Patients' expectations of body contouring surgery. *Obes Surg* 2012;22:544-8.
- 14 Tarnoff M, Kaplan LM, Shikora S. An evidenced-based assessment of preoperative weight loss in bariatric surgery. *Obes Surg* 2008;18:1059-61.
- 15 Padwal RS, Sharma AM, Fradette M, et al. The evaluating self-management and educational support in severely obese patients awaiting multidisciplinary bariatric care (EVOLUTION) trial: Rationale and design. *BMC Health Serv Res* 2013;13:321.
- 16 Kalarchian MA, Marcus MD, Courcoulas AP, Cheng Y, Levine MD. Preoperative lifestyle intervention in bariatric surgery: Initial results from a randomized, controlled trial. *Obesity (Silver Spring)* 2013;21:254-60.
- 17 Lier HO, Biringier E, Stubhaug B, Tangen T. The impact of preoperative counseling on postoperative treatment adherence in bariatric surgery patients: A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2012;87:336-42.
- 18 Madan AK, Tichansky DS. Patients postoperatively forget aspects of preoperative patient education. *Obes Surg* 2005;15:1066-9.

\* à lire

\*\* à lire absolument