

Faculté de santé publique

Revalidation bariatrique et maintien de l'activité physique : quels leviers pour ancrer durablement une routine sportive après une opération bariatrique?

Étude qualitative du vécu de patients opérés d'un bypass gastrique à l'hôpital Delta

Mémoire réalisé par
Van Wayenberge Céline

Promoteur
Macq Jean

Année académique 2024-2025
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Revalidation bariatrique et maintien de l'activité physique : quels leviers pour ancrer durablement une routine sportive après une opération bariatrique?

Étude qualitative du vécu de patients opérés d'un bypass gastrique à l'hôpital Delta

Mémoire réalisé par
Van Wayenberge Céline

Promoteur
Macq Jean

Année académique 2024-2025
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je voudrais remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée pendant la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je tiens à remercier chaleureusement le professeur Macq pour son accompagnement et sa disponibilité tout au long de ce travail.

Un grand merci ensuite à ma famille et mes amis pour leur soutien constant tout au long de ce travail.

Je remercie tout particulièrement Thomas, mon compagnon, pour sa patience, son écoute, son soutien quotidien et ses nombreuses relectures.

Enfin, je suis reconnaissante envers les patients qui ont accepté de participer à l'étude. Merci d'avoir partagé vos expériences avec sincérité, car sans vous ce mémoire n'aurait pu être réalisé. Vos témoignages ont été au cœur de cette recherche.

Plagiat :

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Intelligence artificielle :

Dans le cadre de la rédaction de ce mémoire, j'ai utilisé ponctuellement l'outil d'intelligence artificielle ChatGPT (OpenAI), principalement pour trouver des synonymes, reformuler certaines phrases et améliorer la clarté du langage. Tous les contenus, analyses, réflexions et interprétations ont été entièrement rédigés par moi-même. L'intelligence artificielle n'a été utilisée qu'en appui linguistique, et en aucun cas pour générer automatiquement des parties de texte ou idées.

Table des matières

ABRÉVIATIONS.....	1
RÉSUMÉ.....	2
INTRODUCTION	3
CADRE THÉORIQUE.....	5
1. L'obésité	5
1.1. Définition	5
1.2. Épidémiologie	6
1.3. Étiologie	6
1.3.1. Les déterminants biologiques.....	6
1.3.2. Les déterminants environnementaux et socio-économiques.....	7
1.3.3. Les déterminants psychologiques et comportementaux.....	8
1.4. Les conséquences de l'obésité.....	9
1.5. La prise en charge de l'obésité	11
1.6. Conclusion.....	16
2. Le bypass gastrique	17
2.1. Définition et épidémiologie.....	17
2.2. Les contre-indications au bypass gastrique	18
2.3. Les conséquences d'un bypass gastrique	19
2.4. Suivi post-opératoire	21
2.4.1. Suivi postopératoire en Belgique	22
2.5. Coût d'un bypass gastrique en Belgique	25
2.6. Focus sur l'activité physique dans le cadre de la chirurgie bariatrique.....	26
2.7. Le parcours d'un patient opéré d'une CBM à l'hôpital Delta.....	31
2.8. Conclusion.....	32
3. La revalidation bariatrique	33
3.1. Définition	33

3.2.	Intérêt de la revalidation bariatrique	34
3.3.	Protocoles de revalidation bariatrique	36
3.4.	Conclusion.....	38
4.	Conclusion de la partie théorique	39
PARTIE PRATIQUE		41
1.	La méthodologie de la recherche	41
1.1.	Comité éthique	41
1.2.	Méthode de collecte des données	41
1.2.1.	Stratégie d'échantillonnage	41
1.2.2.	Méthode de recueil des données.....	42
1.3.	Méthode d'analyse des données	43
2.	Résultats	44
2.1.	Description de l'échantillon	44
2.2.	Présentation des résultats	44
2.2.1.	Expérience de l'opération.....	44
2.2.2.	Modifications des habitudes de vie	45
2.2.3.	Facilitateurs à l'AP en postopératoire	48
2.2.4.	Obstacles et freins résiduels à l'AP en postopératoire	50
3.	Discussion	54
3.1.	Interprétation des résultats	54
3.2.	Limites et pistes d'amélioration	61
3.3.	Recommandations	64
4.	Conclusion.....	68
BIBLIOGRAPHIE		72
ANNEXES		83
Annexe 1 : Classification EOSS (Chevallier J.-M. et al., 2021)		83
Annexe 2 : Niveau d'obésité selon la HAS (2022)		84

Annexe 3 : Caractéristiques du comportement alimentaire des individus de faible statut socioéconomique (Mas, M., 2020)	85
Annexe 4 : Liste des examens à réaliser pendant le parcours de chirurgie (J. Aron-Wisnewsky, E. Disse, 2021)	85
Annexe 5 : Recommandations pour améliorer l'implication du patient en post-CBM (Van den Heede K. et al., 2020)	86
Annexe 6 : Le parcours du patient à la CHIREC Obesity Clinic (Chirec, n.d.)	86
Annexe 7 : Accord comité éthique CHIREC	87
Annexe 8 : Accord comité éthique UCLouvain.....	88
Annexe 9 : Flyer de recrutement	91
Annexe 10 : Mail type aux patients volontaires	91
Annexe 11 : Formulaire de consentement	93
Annexe 12 : Guides d'entretiens	94
Avec revalidation	94
Sans revalidation	96

ABRÉVIATIONS

AP	Activité physique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CBM	Chirurgie bariatrique métabolique
CSO	Centre spécialisé de l'obésité
HAS	Haute autorité de santé
IMC	Indice de masse corporelle
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
MG	Médecin généraliste
OMS	Organisation mondiale de la santé
PEC	Prise en charge
PS	Professionnels de santé
RB	Revalidation bariatrique

RÉSUMÉ

« Revalidation bariatrique et maintien de l'activité physique : quels leviers pour ancrer durablement une routine sportive après une opération bariatrique ? Étude qualitative du vécu de patients opérés d'un bypass gastrique à l'hôpital Delta » Van Wayenberge Céline, juin 2025

Introduction. L'activité physique joue un rôle majeur dans le maintien de la perte de poids, la prévention des comorbidités et l'amélioration de la qualité de vie après une chirurgie bariatrique. Pourtant, elle reste difficile à intégrer durablement au quotidien pour de nombreux patients. Ce mémoire s'est initialement intéressé à la revalidation bariatrique (RB) comme levier potentiel pour soutenir cette (re)mise en mouvement. Mais, au fil des entretiens, il est apparu que ce n'est pas tant l'existence d'un programme formel qui fait la différence, mais plutôt les dynamiques qu'il active. L'objectif s'est donc élargi : comprendre, à partir du vécu de patients opérés d'un bypass gastrique à l'hôpital Delta, quels sont les leviers qui permettent d'ancrer une routine d'activité physique sur le long terme.

Méthodologie. Une étude qualitative par entretiens semi-directifs a été menée auprès de sept patients opérés d'un bypass gastrique à l'hôpital Delta, avec ou sans participation à la RB.

Résultats. La revalidation bariatrique peut faciliter la reprise d'une activité physique, notamment en offrant un cadre sécurisant, une progression adaptée et une dynamique de groupe motivante. Mais elle n'est pas indispensable. D'autres leviers apparaissent comme tout aussi déterminants dans les parcours des patients : le soutien du groupe ou de l'entourage, un suivi médical régulier, encourageant et cohérent avec les objectifs du patient, ou encore certaines dimensions plus personnelles comme la volonté, la capacité d'organisation, le besoin de structure ou le goût de l'effort.

Conclusion. Ce mémoire montre que ce n'est pas la revalidation bariatrique en tant que programme qui compte, mais ce qu'elle permet de mettre en place. Il plaide pour un concept de « réadaptation bariatrique » plus large, qui associe activité physique, accompagnement nutritionnel, soutien psychologique et suivi médical. L'objectif est de pouvoir activer ces leviers dans la durée, y compris en dehors de l'hôpital, grâce à des soins de proximité mieux coordonnés et plus accessibles pour les patients.

Mots-clés. En français et en anglais : obésité, chirurgie bariatrique, bypass gastrique, activité physique, revalidation bariatrique, pluridisciplinarité.

INTRODUCTION

L'obésité est aujourd'hui l'un des principaux défis de santé publique à l'échelle mondiale. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2024), près de 60% des adultes dans la région Europe sont en surpoids ou obèses, avec des taux particulièrement élevés chez les hommes. À l'échelle planétaire, près de 900 millions d'adultes sont obèses, et ce chiffre pourrait dépasser le milliard d'ici 2030. L'étude mondiale coordonnée par la NCD Risk Factor Collaboration (2024) montre une progression continue de l'obésité depuis 1990 dans la majorité des pays, touchant désormais autant les enfants et adolescents que les adultes. En parallèle, la dernière *Commission du Lancet Diabetes & Endocrinology* (Rubino F. et al., 2025) insiste sur la nécessité de sortir d'une définition réductrice de l'obésité basée uniquement sur l'IMC, pour reconnaître sa complexité clinique, ses formes multiples et son impact systémique.

L'obésité ne se limite pas à une accumulation excessive de masse grasse ; elle est associée à de nombreuses complications telles que le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, certains cancers, l'apnée du sommeil ou encore des troubles musculosquelettiques. Elle a également un impact sur la santé mentale, la qualité de vie et l'intégration sociale des individus concernés. Sur le plan économique, son coût est considérable pour la société, notamment en termes de soins de santé et de perte de productivité. Selon Gorasso et al. (2022), les dépenses belges annuelles associées aux coûts directs et indirects du surpoids et de l'obésité s'élèveraient à un minimum de 4,5 milliards d'euros.

Face à l'échec des approches uniquement comportementales ou médicamenteuses chez les personnes atteintes d'obésité à minima sévère, la chirurgie bariatrique métabolique (CBM) est progressivement apparue comme la solution la plus fiable pour induire une perte de poids significative chez ces patients. Bien qu'elle ne soit envisagée qu'en dernier recours, cette intervention s'est largement répandue au cours des dernières décennies, notamment à travers certaines techniques dites « majeures », reconnues pour leur efficacité sur le long terme. En Belgique, le recours à la CBM s'est fortement développé au cours des dernières années, illustrant la réponse croissante face à l'obésité sévère. Entre 2007 et 2017, plus de 106 000 interventions ont été réalisées, soit environ 1% de la population. L'évolution est particulièrement marquante à partir de 2009 : en 2016, le nombre d'interventions s'élevait à plus de 13 000, ce qui représente une augmentation d'environ 80% par rapport à 7ans auparavant. Les deux techniques les plus fréquemment utilisées sont le bypass gastrique (63%

des cas) et la sleeve gastrectomie (35%) (Van den Heede K. et al., 2020 ; Louwagie P. et al., 2019).

Néanmoins, cette intervention ne constitue pas une solution miracle. Nombre de patients connaissent une reprise pondérale à moyen ou long terme, notamment lorsque la modification des habitudes de vie n'est pas suffisamment consolidée. L'activité physique (AP) est reconnue comme un facteur clé dans le maintien de la perte de poids, la prévention des comorbidités et l'amélioration de la qualité de vie. Elle influence positivement la composition corporelle, la santé métabolique, la mobilité, le bien-être psychologique et l'image corporelle. Toutefois, dans la réalité, une majorité de patients n'intègre pas l'AP de manière durable dans leur quotidien après l'opération. L'absence de recommandations standardisées et de protocoles clairs en matière d'exercice post-bariatrique contribue à cette difficulté.

C'est dans ce contexte qu'émerge la revalidation bariatrique (RB), qui désigne en Belgique un accompagnement kinésithérapeutique structuré, spécifiquement pensé pour les patients opérés d'une CBM. Ce suivi vise à initier et soutenir la reprise d'une AP régulière, progressive et adaptée aux capacités de chacun. En travaillant sur la mobilité, l'endurance, la force et la confiance corporelle, la revalidation permet de renforcer la motivation, de limiter les freins physiques et psychologiques, et de prévenir l'abandon. Pourtant, cette forme de prise en charge (PEC) reste encore peu connue, inégalement proposée selon les institutions hospitalières, et insuffisamment intégrée dans les parcours postopératoires, tant par les patients que par les professionnels de santé (PS).

Face à ces constats, ce mémoire propose d'explorer la question suivante : *Quels sont les leviers qui favorisent l'ancrage durable d'une activité physique chez des patients ayant bénéficié d'un bypass gastrique ?* Pour y répondre, une étude qualitative a été menée auprès de patients opérés à l'hôpital Delta, afin d'analyser leur vécu postopératoire, les transformations de leurs habitudes de vie, les obstacles rencontrés, et le rôle potentiel de la RB dans la structuration d'une routine sportive durable.

CADRE THÉORIQUE

1. L'obésité

1.1. Définition

L'obésité est définie par l'OMS (2024) comme une maladie chronique non transmissible se définissant comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui représente un risque pour la santé ».

Actuellement, l'indicateur le plus utilisé et reconnu internationalement pour évaluer la corpulence globale est l'IMC, l'indice de masse corporelle.

IMC	Statut pondéral	Risque
< 18.5	Maigreur	Élevé
≥ 18.5 et < 25	Normal	Moyen
≥ 25 et < 30	Surpoids	Augmenté
≥ 30 et < 35	Obésité de grade I, ou « obésité modérée »	Modéré
≥ 35 et < 40	Obésité de grade II, ou « obésité sévère »	Sévère
≥ 40	Obésité de grade III, ou « obésité morbide »	Très sévère

$$IMC = \frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille (m)}^2}$$

Figure 1 : Classification du statut pondéral en fonction de l'IMC (M. Mas, 2020)

Cependant, il existe plusieurs limites à l'utilisation de l'IMC comme moyen de classification de l'obésité. Tout d'abord, cet indicateur ne renseigne pas sur la composition corporelle, et donc sur la proportion de masse grasse et maigre. Ensuite, il ne prend pas en compte les fluctuations de masse grasse selon le sexe, l'âge, le niveau de forme physique. Enfin, il ne précise pas la répartition du tissu adipeux, alors que de nombreuses études ont prouvé qu'une accumulation de graisse au niveau de l'abdomen augmente le risque cardiovasculaire et de syndrome métabolique.

De nouvelles classifications de l'obésité ont donc vu le jour, comme la classification EOSS (Edmonton Obesity Saging System). Cette dernière s'associe à l'IMC, en permettant d'attribuer au patient obèse de classe I, II ou III un stade de gravité basé sur l'axe fonctionnel, psychologique et médical. Cela permet de déterminer les complications associées à l'obésité, et de proposer au patient des recommandations plus adaptées à son état (voir Annexe 1).

La Haute Autorité de Santé (HAS) française classe l'obésité en trois niveaux, qui correspondent chacun à un stade de sévérité. Cette classification prend en compte l'IMC, le retentissement médical, le niveau de qualité de vie, les troubles psychologiques et du

comportement, l'étiologie de l'obésité, le comportement alimentaire et l'histoire de l'obésité (la trajectoire pondérale). Vous trouverez cette classification en Annexe 2 de ce document.

1.2.Épidémiologie

Le taux d'obésité ne cesse d'augmenter dans le monde, l'OMS parle même d'épidémie mondiale.

En Belgique, l'obésité est liée au statut socio-économique et la prévalence est plus élevée chez des personnes avec un niveau scolaire bas. En Belgique en 2020, le surpoids touche 33,4% des adultes, défini par un IMC compris entre 25 et 29,9, tandis que 16% sont considérés comme obèses, avec un IMC ≥ 30 . Cela équivaut à un Belge adulte sur six ! Cette prévalence continue d'augmenter d'année en année, reflétant la tendance observée dans la plupart des pays à travers le monde. (Van den Heede K. et al., 2020)

1.3.Étiologie

L'obésité est une maladie qui s'installe en plusieurs phases : la constitution, l'entretien de l'excès de poids, la fluctuation pondérale et l'aggravation. Il existe une hétérogénéité de situations cliniques et d'évolution pondérale faisant de cette maladie chronique un complexe multifactoriel. Les déterminants étiopathogéniques de cette maladie peuvent être d'ordre biologique, environnementaux, psychologiques, comportementaux et socio-économiques (Faucher & Poitou, 2016 ; Mas M., 2020).

1.3.1. Les déterminants biologiques

Parmi les déterminants biologiques de l'obésité, plusieurs catégories peuvent être distinguées. Tout d'abord, certains facteurs périnataux influencent le risque de surpoids dès l'enfance : la consommation de tabac par la femme enceinte, le diabète gestationnel ou encore une prise de poids excessive durant la grossesse sont autant de conditions identifiées comme augmentant la probabilité de développer une obésité précoce (Cheroutre, 2021).

Des facteurs endocriniens entrent également en jeu, notamment certaines pathologies comme l'hypothyroïdie, le syndrome de Cushing ou un déficit en hormone de croissance, qui peuvent altérer les mécanismes de régulation du poids (Cheroutre, 2021).

Le rôle des facteurs génétiques est lui aussi bien établi : un enfant dont l'un des parents est obèse présente un risque de 40% de développer une obésité, contre seulement 10% lorsque les deux parents ont un poids normal (Cheroutre, 2021). Des recherches ont identifié plus de 800

loci génétiques associés à l'obésité, certains influençant le comportement alimentaire, les mécanismes de récompense ou encore les vulnérabilités aux addictions (Bonnefond A et al., 2021). À ce titre, Mas (2020) distingue trois formes d'obésité génétique : l'obésité monogénique, due à la mutation d'un seul gène affectant la régulation de l'appétit et du poids ; l'obésité syndromique, qui s'accompagne d'autres anomalies phénotypiques comme dans le syndrome de Prader-Willi ; et l'obésité polygénique, qualifiée d'épigénétique, qui fait intervenir des mécanismes moléculaires d'adaptation de l'organisme à son environnement (Bonnefond A et al., 2021).

Enfin, certains traitements médicamenteux, en particulier les psychotropes et les neuroleptiques, peuvent perturber la régulation de la faim ou de la satiété, contribuant ainsi à une prise de poids (Cheroutre, 2021).

1.3.2. Les déterminants environnementaux et socio-économiques

La précarité est associée à l'obésité dans de nombreuses études. En effet, le taux d'obésité est en dessous de la moyenne dans les foyers aisés. Le sujet confronté à la précarité pourrait adopter des comportements alimentaires compensatoires en réponse au stress (Mas M., 2020) (voir Annexe 3).

De plus la personne obèse serait stigmatisée par la population, ce qui augmenterait le stress et donc « entretiendrait » l'obésité. Ceci forme un cercle vicieux dans lequel se retrouve la personne atteinte d'obésité (Cheroutre, 2021).

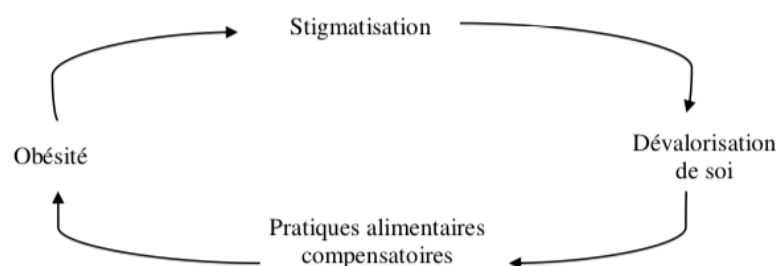


Figure 2 : Cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité (Cheroutre, 2021)

D'autres déterminants environnementaux sont incriminés dans le processus de prise de poids, notamment : la consommation d'aliments riches en énergie calorique, la sédentarité, un temps excessif de travail posté et la diminution du temps de sommeil (Cheroutre, 2021).

L'aménagement du territoire joue également un rôle dans la prévalence de l'obésité. La raréfaction des espaces verts, la modernisation avec par exemple la présence d'escalators pour remplacer les escaliers induisent une diminution de l'AP (Mas, M., 2020).

Enfin, Kim M.J. et al (2021) ont établi un lien entre différents polluants, des perturbateurs endocriniens et l'obésité. Nous sommes quotidiennement et de manière chronique exposés à des substances comme des pesticides, des plastifiants, des produits industriels et des conservateurs qui peuvent dérégler notre métabolisme, mais également entraîner des conséquences au niveau génétique.

1.3.3. Les déterminants psychologiques et comportementaux

Plusieurs facteurs psychologiques peuvent favoriser la prise de poids, et d'autres en sont la conséquence. Ceux-ci seront décrits dans le point « 9 Les conséquences de l'obésité »

Différents facteurs peuvent induire des mécanismes émotionnels contribuant à l'obésité, comme la survenue d'un ou plusieurs traumatisme(s) durant la vie de l'individu, une relation parent-enfant défailante, de l'angoisse de séparation, la dépression, du stress et de l'anxiété au quotidien (Mas M., 2020 ; Waysfeld B., 2021).

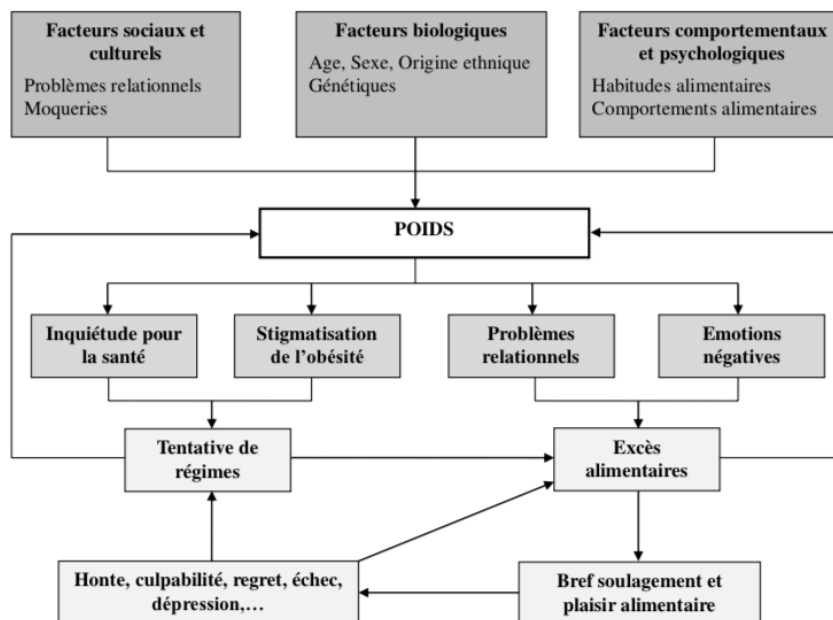


Figure 3 : Modèle cognitivo-comportemental des acteurs contribuant à la prise de poids (Cheroutre, 2021).

En conclusion, l'obésité résulte de l'interaction complexe de multiples facteurs, biologiques, psychologiques et environnementaux. Le modèle cognitivo-comportemental permet d'illustrer les mécanismes qui contribuent à la prise de poids et à son maintien, en mettant en relation

ces différents déterminants. Toutefois, il convient de considérer ces facteurs comme des éléments de prédisposition, et non comme des causes directes de l'obésité (Cheroutre, 2021).

1.4. Les conséquences de l'obésité

Les patients obèses présentent un risque accru de morbidité car ils sont plus à risque de développer, entre autres, de la dyslipidémie, du diabète de type 2, de l'hypertension, des maladies coronariennes, des AVC, des maladies de la vésicule biliaire, des troubles respiratoires, de l'apnée du sommeil, de l'arthrose et certains cancers.

Une analyse regroupant 20 études a révélé que chez les personnes atteintes d'obésité morbide, les maladies cardiovasculaires constituaient la principale cause de décès, suivies par le cancer et le diabète. Le risque de mortalité chez ces patients est multiplié par 2,57 par rapport à celui observé chez les individus de corpulence normale. Par ailleurs, l'espérance de vie des personnes souffrant d'obésité morbide est réduite de 6,5 à 13,7ans comparativement à celle des sujets ayant un poids considéré comme sain (Safaei, M. et al., 2024 ; Apovian C. et al., 2016 ; Ziegler O. & Böhme, 2021).

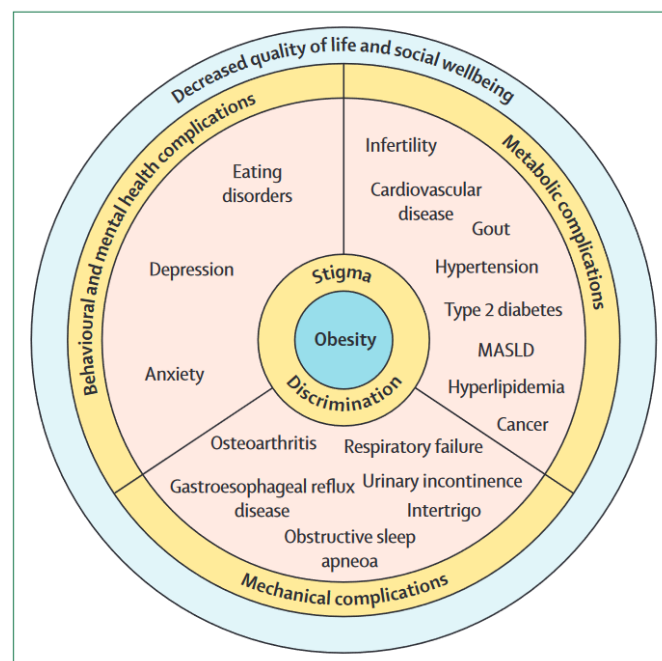


Figure 4 : Les conséquences de l'obésité (Linway I. et al., 2024)

L'obésité entraîne également des conséquences sociales, comme la discrimination, l'isolement et l'absentéisme, mais aussi psychologiques. En effet, l'obésité est une maladie chronique particulière. Elle est banalisée, car les conséquences se développent sur le long terme. De plus, son apparition dépend fortement des habitudes de vie du patient, qui en est donc considéré comme responsable. André Grimaldi (2017) parle d'une deuxième maladie,

secondaire à la pathologie chronique : « *La personne est non seulement malade, mais elle est malade d'être malade* ». L'obésité modifie complètement l'image corporelle, ce qui dégrade l'estime de soi et la confiance en soi, ce qui va renforcer le sentiment de culpabilité envers l'obésité. Cela peut entraîner un phénomène de restriction cognitive (un hypercontrôle mental de l'alimentation), qui va généralement aboutir à une désinhibition alimentaire, c'est-à-dire un trouble alimentaire (le plus souvent l'hyperphagie), qui renforce l'obésité. Le patient est donc pris au piège dans un « cercle vicieux psychologique » (Mas M., 2020 ; Roland I. et al., 2023 ; Busetto et al., 2017 ; Lydecker, J. A. et Grilo, C. M., 2018 ; Durrer-Schutz D., 2021 ; Ziegler O. & Böhme, 2021).

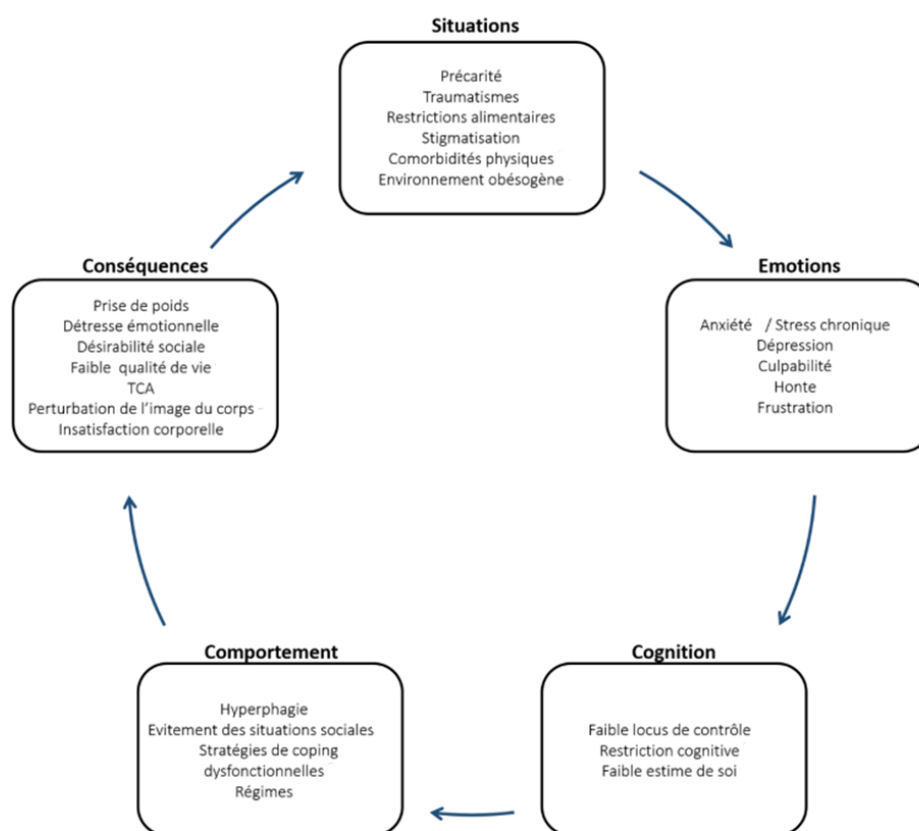


Figure 5 : Analyse cognitive et émotionnelle des comportements obésogènes et leurs conséquences sous forme de cercle vicieux (Mas M., 2020)

Enfin, l'obésité engendre des conséquences économiques. Gorasso et al. (2022) ont réalisé une étude afin de déterminer les coûts directs et indirects de l'obésité et du surpoids en Belgique (pour le système de santé belge ainsi que pour l'absentéisme lié à l'obésité). Dans leur conclusion, ils expliquent que le coût supplémentaire moyen ajusté par habitant pour le surpoids était de 651 € et pour l'obésité de 1 015 €. À l'échelle nationale, cela se

traduit par un coût supplémentaire ajusté de 1 864 464 355 € pour la population en surpoids et de 1 464 742 302 € pour la population obèse, entraînant un surcoût total de 3 329 206 657 € pour la sécurité sociale belge lié à l'excès de poids corporel. Ceci représente donc le coût direct de l'obésité pour le système de santé belge.

Ils soulignent aussi que l'obésité entraîne une augmentation de l'absentéisme dans le milieu professionnel. La perte de productivité représente un coût supplémentaire pour la société belge de 889 469 387€ pour la population obèse.

1.5.La prise en charge de l'obésité

Nous pouvons penser que l'objectif principal de la PEC de l'obésité est la perte de poids, mais il n'en est rien. L'obésité étant une maladie chronique complexe, sa PEC doit être globale, avec comme objectif prioritaire la prévention. Vient ensuite le traitement des comorbidités, la stabilisation pondérale et puis seulement la perte de poids. La PEC se doit d'être personnalisée, avec des objectifs individualisés qui tiennent compte du stade de l'obésité, des comorbidités présentes chez le patient et des risques associés, du ressenti de son état de santé par le patient, et des contraintes liées à sa situation financière, géographique et sociale (Ziegler O. & Böhme, 2021).

La première étape doit impérativement être un « état des lieux » de la situation d'obésité du patient. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, il existe différents niveaux/stades d'obésité, avec pour chacun un type de PEC adéquat.



Figure 6 : Evaluation multidimensionnelle d'une situation de surpoids ou d'obésité (HAS, 2024)

Il revient ensuite au praticien de diriger le patient vers le trajet de soins approprié.

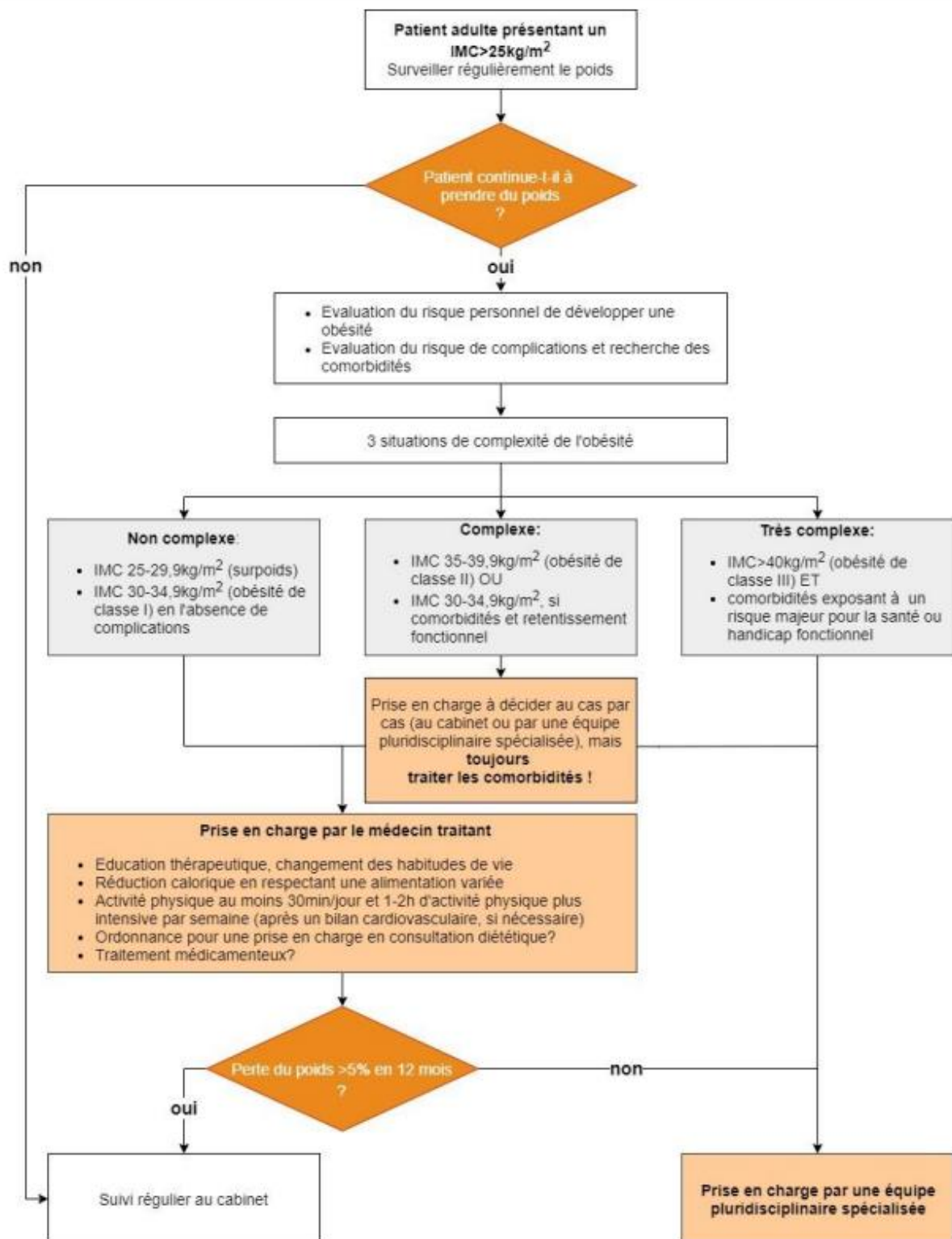


Figure 7 : Arbre décisionnel de PEC de l'obésité de l'adulte (Rolland I. et al., 2023)

La prise en charge multidisciplinaire repose sur plusieurs piliers qui visent à favoriser un changement durable et équilibré du mode de vie :

- Accompagnement nutritionnel : mise en place d'une éducation alimentaire adaptée, dispensée par une nutritionniste.
- Personnalisation du suivi : l'objectif de perte de poids doit être ajusté en fonction de l'âge, des comorbidités et des attentes de chaque patient. Une attention particulière doit être portée aux personnes de 70ans et plus afin de prévenir le risque de sarcopénie.
- Encouragement à l'AP : bien qu'il n'existe pas encore de recommandations standardisées, il est essentiel de réduire la sédentarité et de réintroduire progressivement l'exercice. Toute reprise d'exercice après une période d'inactivité prolongée doit être précédée d'une évaluation cardiologique.
- PEC psychologique et comportementale : soutien des patients dans la gestion des troubles alimentaires, des addictions et des difficultés psychologiques liées à l'obésité.
- Lutte contre la stigmatisation : identification des situations de discrimination et mise en place d'un accompagnement adapté pour préserver le bien-être du patient.

Cette approche multidisciplinaire vise à favoriser un changement durable et équilibré du mode de vie. (Rolland I. et al., 2023)

De plus, toutes les recommandations de PEC du patient adulte en situation d'obésité reprennent l'importance de l'éducation thérapeutique. Elle est indispensable car elle permet une prise de conscience et une implication du patient dans ses soins. Elle permet aussi au patient de ne pas se sentir « stéréotypé » par le personnel soignant. Ceci permet au sujet obèse de mieux vivre sa pathologie et d'accepter les traitements, les changements d'habitudes de vie et d'améliorer l'autonomie du patient envers son traitement (« auto-soin »). Cette éducation s'inscrit dans l'adaptation du traitement à la trajectoire de soin du patient en tenant compte des différents acteurs de soin et différentes interventions, et pas uniquement l'IMC (Te, 2016 ; Durrer-Schutz D., 2021). Cette éducation doit être basée sur six grands axes :

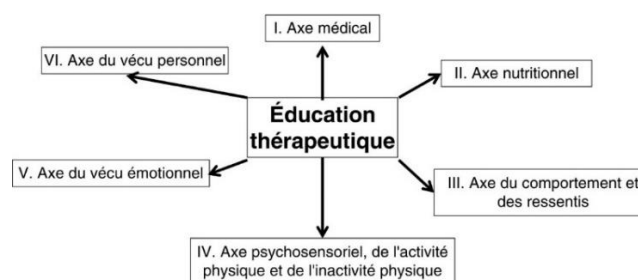


Figure 8 : Education thérapeutique de l'obésité (Durrer-Schutz D., 2021)

Ces axes vont permettre au patient d'acquérir des connaissances sur sa pathologie, et ainsi de mieux la comprendre, ce qui va l'amener à établir des objectifs atteignables. Ensuite, l'axe nutritionnel va bien sûr éduquer le patient sur l'alimentation, mais également sur les comportements alimentaires, et les sensations de faim et de satiété qui sont souvent altérées chez les patients obèses. Il faut aussi permettre au patient de reprendre conscience de son corps afin qu'il reprenne goût à l'AP.

Domaines d'intervention	Actions concrètes à poser
Informier efficacement le patient	Explorer les connaissances antérieures du patient et son désir d'être informé Transmettre l'information au patient Reconnaître et légitimer les émotions du patient tout au long du dialogue Vérifier la compréhension du patient
Négocier la prise en charge avec le patient	Définir avec le patient les objectifs de la prise en charge selon des étapes concrètes et rationnelles Présenter au patient les possibilités de prise en charge Négocier un plan de prise en charge avec le patient Demander au patient de reformuler le plan thérapeutique
Motiver le patient	Évaluer l'adhésion du patient avec précaution et sans porter de jugement Circonscrire le problème d'observance (en clarifiant les obstacles concrets, réagissant aux émotions du patient et en absence de jugement du patient) Obtenir du patient une déclaration de son intention d'agir Reconnaître les facteurs qui influencent la motivation du patient et en tenir compte (facteurs liés au plan thérapeutique, au patient, à l'entourage et à l'environnement du patient, au soignant et à la relation soignant-patient)

Figure 9 : L'accompagnement du patient dans son changement à travers l'éducation thérapeutique (Durrer-Schutz, D., 2021)

Ensuite, la perte de poids est recherchée en augmentant la dépense énergétique de l'organisme et en réduisant les apports en sucres et en graisses, grâce à une AP constante adaptée à chaque patient et au respect de mesures diététiques. Bien que cette perte de poids favorise la lutte contre les comorbidités liées à l'obésité, il ne faut pas pour autant considérer que cette diminution pondérale va les traiter. Il faut ajouter une PEC pluridisciplinaire de celles-ci afin de participer à l'amélioration de la qualité de vie du patient et de son pronostic vital. Il est également important de protéger la masse musculaire durant la perte de poids (Rubino, D. et al, 2021 ; Decaux, 2020 ; Ziegler, O., & Oppert, J.-M., 2021).

L'objectif de perte de poids se doit d'être réalisable, et la trajectoire de soins du patient doit être adaptée en fonction du pourcentage visé :

- Un objectif de 5% est réaliste et permet déjà de réduire significativement le risque de complications liées à l'obésité.
- Atteindre une perte de 5 à 10% du poids initial est souvent difficile uniquement avec des mesures hygiéno-diététiques, et l'utilisation de médicaments contre l'obésité est généralement nécessaire.
- Une perte de 10 à 15% du poids peut être atteinte par une minorité de patients, souvent avec l'aide de bithérapies médicamenteuses.
- Pour des pertes supérieures à 15%, il est nécessaire d'avoir recours à la CBM, ou à de nouvelles trithérapies spécifiques. (Ziegler, O., & Oppert, J.-M., 2021)

Quelle que soit l'approche thérapeutique choisie, les mesures hygiéno-diététiques et l'AP doivent y être pleinement intégrées.

La prise en charge médicamenteuse a une efficacité limitée, généralement entre 3% et 8% de réduction du poids corporel par rapport aux interventions sur le mode de vie seul. Cependant, un traitement à court terme n'apporte pas de bénéfices à long terme pour la santé, et certains médicaments présentent des problèmes de sécurité. Il est donc nécessaire de développer de nouvelles thérapies bien tolérées capables de produire une perte de poids significative et durable sur le long terme (Rubino, D. et al, 2021).

La prise en charge chirurgicale de l'obésité se fait en dernière intention, après un traitement non chirurgical bien suivi pendant 6 à 12 mois. Elle est recommandée pour des patients présentant une obésité sévère ou morbide ou des patients avec obésité sévère associé à une comorbidité pouvant être traité après CBM (IMC $>35\text{kg/m}^2$ et score EOSS de 2 ou plus). Les techniques chirurgicales utilisées sont l'anneau périgastrique ajustable, le bypass gastrique, la gastrectomie longitudinale (sleeve) et la dérivation biliopancréatique (HAS, 2019 ; Chevallier J.-M. et al., 2021). La CBM reste à ce jour, la solution la plus efficace pour que les personnes obèses sévères avec comorbidités ou morbides perdent du poids, et maintiennent cette perte. (Björklund P. et Fändriks L., 2019 ; Chevallier J.-M. et al., 2021).

Afin d'assurer le meilleur encadrement possible pour le patient à minima obèse sévère, des Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) ont été mis au point. Leur mission principale est d'assurer un suivi pluridisciplinaire des patients, en intégrant des consultations médicales, diététiques et psychologiques, ainsi que des évaluations des comorbidités associées. Ils garantissent une PEC adaptée à chaque individu. Leur organisation repose sur une approche intégrée qui inclut l'hospitalisation de jour, la CBM et l'éducation thérapeutique des patients,

afin d'améliorer leur PEC globale et de favoriser une meilleure prévention des complications liées à l'obésité. Le suivi par le CSO doit se prolonger au minimum durant 2ans après la CBM, voire plus si besoin est. En plus des soins, les CSO participent à la formation des PS, à la recherche clinique et à la coordination des différents acteurs impliqués dans la PEC de l'obésité. (Desport J.C. et al., 2021; Van den Heede K. et al., 2019)

1.6.Conclusion

Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, l'obésité est une pathologie chronique et multifactorielle, ce qui en fait une maladie complexe. Elle a au long cours des conséquences tout autant physiques, psychologiques et économiques.

Son traitement est à adapter au cas par cas et en collaboration avec le patient afin d'établir :

- Des objectifs personnalisés pour le patient ;
- Des objectifs qui tiennent compte du mode de vie et de l'environnement du patient ;
- Des objectifs fixés pour agir sur les complications de l'obésité présentes chez le patient ;
- Des objectifs de préservation de la masse maigre ;
- Un objectif de perte de poids réaliste par rapport à la situation du patient et au type de PEC.

La PEC chirurgicale est à ce jour la solution la plus efficace pour les patients en obésité sévère à morbide.

Dans la suite de ce mémoire, nous allons nous pencher tout particulièrement sur le cas du traitement chirurgical par bypass gastrique.

2. Le bypass gastrique

2.1. Définition et épidémiologie

Le bypass gastrique a été décrit pour la première fois par un chirurgien suisse du nom de César Roux en 1977. Il s'agit d'une opération chirurgicale visant à traiter l'obésité. Elle consiste à diminuer de 80% la taille de l'estomac, en constituant une poche gastrique avec les 20% restants, poche qui sera ensuite raccordée à l'intestin grêle. C'est cette poche qui remplira le rôle d'estomac. Le chirurgien ne « déconnecte » pas uniquement la majorité de l'estomac, mais aussi le duodénum. Ce dernier est toujours rattaché aux 80% de l'estomac, et sera raccordé au niveau de l'intestin grêle. Cette intervention est réversible. (citations personnelles, Lipski, 2023).

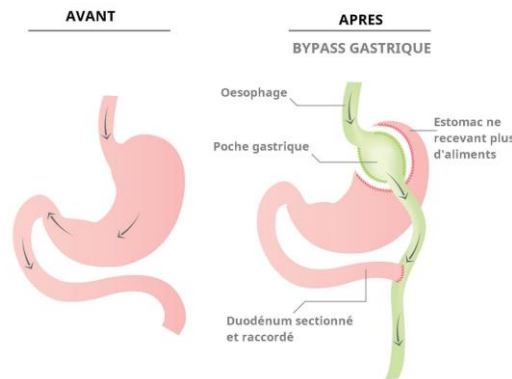


Figure 10 : Circuit du bol alimentaire avant et après bypass gastrique. (Medicaïm, 2025)

Cette opération a longtemps été considérée comme un succès si la perte d'excès de poids en résultant était de plus de 50%, et un échec si elle était de moins de 25% (Dargent J., 2021). Cependant, les nouvelles recommandations de l'HAS (2024), conseillent d'évaluer le résultat d'une opération bariatrique 2ans après l'intervention, et donnent les critères suivants pour évaluer l'échec de l'intervention :

- « Une perte de poids totale < 10% calculée selon la formule suivante à partir du poids au moment de l'intervention :

$$\% \text{ perte de poids totale} = \frac{\text{poids initial} - \text{poids postopératoire}}{\text{poids initial}}$$

- OU une reprise de poids aboutissant à une perte de poids totale < 10% ;
- ET/OU une absence d'amélioration ou une réaggravation sévère d'une comorbidité ayant motivé la chirurgie. » (HAS, 2024, p.39)

Un autre critère est à prendre en compte pour juger du succès d'une opération bariatrique : l'amélioration de la qualité de vie du patient (Chevallier J.-M. et al., 2021).

Il me paraît important de souligner qu'une reprise d'environ 10% du poids total perdu est considéré comme normal après une CBM (Bellicha et al., 2021).

En Belgique, cette opération est actuellement remboursée en cas d'obésité morbide ou sévère associée à une comorbidité. Selon l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), le ticket modérateur pour une opération de bypass gastrique en Belgique varie généralement entre 1 000 et 1 500 euros, sauf si le patient bénéficie d'une assurance complémentaire couvrant ces frais.

C'est une opération très fréquente (le nombre de patients l'ayant eu se compte en millions dans le monde), et avec un taux de mortalité de 0,3% (Björklund P. et Fändriks L., 2019).

Proportionnellement et mondialement, la Belgique est le pays ayant réalisé le plus d'interventions chirurgicales bariatriques avec 127 interventions pour 100 000 habitants (Lazzati, 2023).

En 2019, un patient restait hospitalisé en moyenne 3 à 4 jours. (Louwagie, P. et al, 2019).

2.2.Les contre-indications au bypass gastrique

Dans le cadre d'un bypass gastrique pour traiter l'obésité sévère ou morbide, il existe différentes contre-indications :

- Une pathologie psychiatrique grave non stabilisée ;
- L'incapacité prévisible du patient à s'engager dans un suivi médical de longue durée ;
- La présence active de troubles liés à l'usage d'alcool ou de substances psychoactives, qu'elles soient licites ou illicites. (HAS, 2024 ; Chevallier J.-M. et al., 2021)

Ces contre-indications doivent être décelées lors du bilan préopératoire (voir Annexe 4), qui est indispensable autant pour la sécurité du patient que pour le succès de l'intervention.

2.3. Les conséquences d'un bypass gastrique

Après un bypass gastrique, il y a diverses conséquences pour le patient. Certaines sont positives, d'autres non.

Tout d'abord, il va bien évidemment perdre du poids. Osland et al. (2017) rapporte une perte moyenne de 80,4% de l'excès de poids total du patient. Cette perte de poids atteint un maximum à 1,5-2ans après la CBM et varie entre 20 et 30% du poids initial total.

Le suivi à long terme des patients ayant subi une CBM a prouvé qu'une perte de poids significative d'environ 20% et stable sur 20ans, permet de réduire la mortalité globale de 23%, la mortalité par cancer de 23% et la mortalité cardiovasculaire de 30% (par rapport aux individus obèses n'ayant pas été opérés). En outre, l'espérance de vie augmente de 3ans par rapport au patients obèses morbides non opéré, mais reste inférieure de 5,5ans de la moyenne de la population générale (Louwagie, P. et al, 2019 ; Ziegler, O., & Oppert, J.-M., 2021). De plus, les statistiques belges révèlent que le taux de mortalité per-opératoire est bas pour toutes les catégories de CBM (1 sur 1000) (Louwagie, P. et al, 2019).

Ensuite, le bypass gastrique a également un effet bénéfique sur la qualité de vie. En effet, l'obésité entraîne de nombreuses restrictions sociales. Les activités anodines sont souvent difficiles à réaliser pour un patient obèse. Ces restrictions conduisent parfois à une stigmatisation et la peur du regard des autres (Bellicha et al., 2021).

En outre, le bypass gastrique a un effet positif sur les comorbidités associées à l'obésité.

La possibilité de rémission du diabète de type 2 après cette opération a été démontrée : le taux de rémission du diabète était de 72% à 2ans et 30% à 15ans. De plus le risque de complications microvasculaires diminuait de 56% et le risque de complications macrovasculaires diminuait de 32%. Cependant, une rechute du diabète a été observée dans 13 à 35% des cas dans un suivi à 5ans (Pataky et al., 2016 ; Cheroutre, 2021).

En ce qui concerne l'hypertension artérielle, le taux de rémission varie en fonction de l'âge. On a observé un taux de rémission de 27% chez les personnes âgées et un taux de 79% chez les jeunes (Ritz et al., 2015).

Le syndrome de l'apnée du sommeil s'est également trouvé amélioré à 85,7% après une CBM (Cheroutre, 2021).

Cependant, le bypass gastrique n'est pas une opération miracle. En effet, le patient doit, d'une part participer activement à sa perte de poids et, d'autre part, il risque des effets indésirables.

Au niveau des complications, il risque de souffrir de nausées chroniques en post-prandial, de douleurs abdominales, d'un excès de peau, du « dumping syndrome », d'une diminution de la densité osseuse et/ou d'une carence en micronutriments (Björklund P. et Fändriks L., 2019).

Il va aussi être confronté à une fonte musculaire, effet secondaire sur lequel je vais plus me concentrer. La perte musculaire représente de 10 à 28% de la perte totale de poids, (D. Hansen et al, 2020). Une étude menée par C.S. Voican et al (2018) dans différents hôpitaux parisiens a déterminé que la prévalence de la sarcopénie augmente de 8% à 32% dans l'année qui suit une opération bariatrique. La sarcopénie est une pathologie qui se définit par la perte généralisée de masse musculaire squelettique et de sa fonction. Elle est habituellement attribuée au vieillissement, mais dans notre cas on parlera d'obésité sarcopénique. Cette dernière ainsi que la fonte musculaire sont associées à des facteurs de risques qui amènent à une augmentation de 24% du risque de mort prématurée. (D. Hansen et al, 2020).

Et enfin, bien évidemment, il est possible que le patient reprenne le poids qu'il a perdu au fil des années s'il ne suit pas correctement les recommandations des professionnels de la santé (D. Hansen et al, 2020). Pour rappel, une reprise de poids de 10% du poids total perdu est considérée comme normale. Une méta-analyse réalisée par Bellicha et al (2021) a montré que 44% des patients regagnent un minimum de 5points d'IMC jusqu'à 5ans après avoir atteint leur perte maximale de poids. Mais malgré cela, les patients maintiennent en moyenne une perte de poids à 5ans postopératoire équivalente à 50% de leur poids excédentaire (Stults-Kolehmainen M. et al., 2021). Nous pouvons donc conclure que malgré une ré-augmentation quasi systématique du poids, le bypass gastrique reste majoritairement une réussite.

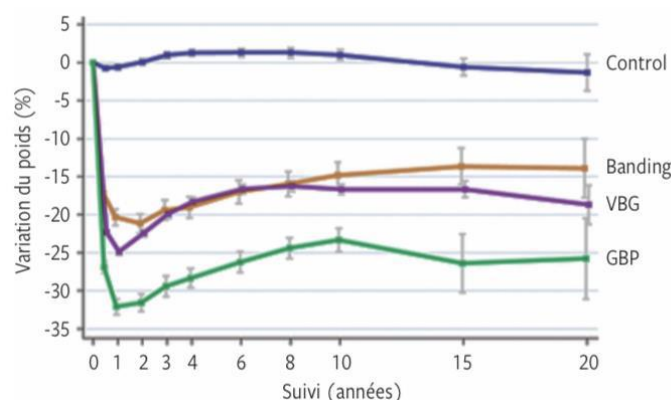


Figure 11 : Variation du poids après CBM (Pataky et al., 2016).

Banding= anneau gastrique, VBG= gastroplastie verticale calibré, GBP= bypass gastrique

La reprise de poids fréquemment retrouvée dans la littérature peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- Des incidents liés à la CBM : dilatation de la poche gastrique ;
- Réinstallation du déséquilibre alimentaire ;
- Absence d'AP ou AP insuffisante ;
- Des troubles psychologiques liés au comportement alimentaire (Cheroutre, 2021).

Les patients obèses morbides requérant à un bypass gastrique comme traitement sont à risque plus élevé de troubles psychologiques, surtout si ceux-ci sont déjà présents auparavant. C'est d'ailleurs pour cela qu'une rencontre avec un psychologue en préopératoire est fortement recommandée, même s'il est possible que certains problèmes de santé mentale ne soient pas détectés. Les patients ont souvent des hautes attentes en termes d'amélioration de leur qualité de vie après l'opération. Si ces attentes ne sont pas rencontrées (par exemple, leur apparence physique avant chirurgie réparatrice), ils seront à plus haut risque de suicide que la population générale. Il a été démontré à moyen terme une amélioration de la dépression et une diminution de la consommation de médicaments psychotropes. Cependant, concernant l'état anxieux, la CBM a été peu ou pas efficace surtout à long terme. (Cheroutre, 2021).

Le bypass gastrique entraîne aussi un risque d'alcoolisme. La nourriture et l'alcool favorisent la sécrétion de la dopamine. Il y aurait donc un transfert de la dépendance de la nourriture à la dépendance à l'alcool. Ce phénomène serait observé au cours de la deuxième année post opératoire, montrant ainsi l'importance d'une PEC à long terme (Ferrario et al., 2016).

De plus, la CBM est souvent associée à un excès de peau en post opératoire. Ceci occasionne un grand inconfort quotidien et une insatisfaction de l'image du corps pour des patients ayant des attentes esthétiques après la chirurgie. Les bénéfices de la perte de poids sont ainsi compromis est une chirurgie esthétique peut être proposée au patient si son poids a été stabilisé (Cheroutre, 2021).

2.4.Suivi post-opératoire

Au vu de ces nombreux effets secondaires, il existe déjà des guidelines sur le suivi post-opératoire d'un bypass gastrique afin d'optimiser les résultats. Auparavant, ces guidelines concernaient majoritairement le contrôle sanguin glycémique et lipidique, les apnées du sommeil, le reflux gastro-œsophagien, le poids, la qualité de vie, l'état nutritionnel, le comportement alimentaire et la densité osseuse (Busetto et al., 2017). Ces guidelines ont fait

l'objet d'actualisation depuis 2020, notamment par la HAS et le Conseil scientifique de la santé Luxembourgeois, et intègrent dorénavant l'AP et l'aspect psychologique (Verkindt H., 2021, Busetto et al., 2017, HAS, 2024) :

Évaluation de la tolérance digestive	Recherche des complications chirurgicales Dumping syndrome
Évaluation de la perte de poids et de sa cinétique	Dans les premiers mois suivant l'opération, l'objectif est de favoriser une perte de poids rapide, au dépend de la masse musculaire. Entre le troisième et le sixième mois après l'opération, la perte de poids commence à ralentir, et la stabilisation du poids commence généralement entre 12 et 18 mois.
Évaluation du statut nutritionnel	Pister la dénutrition protéique et les carences vitaminiques et ioniques
Évaluation des comorbidités	Réadaptation des traitements
Évaluation du comportement alimentaire	Modifications des habitudes alimentaires à mettre en place : priorisation des apports en protéines, manger un repas en 30min, ne pas boire durant les repas, fractionner son alimentation en 3 repas et 2 collations
Évaluation de l'activité physique	Pratiquer une activité physique est recommandé en postopératoire immédiat via de la marche. Il faut ensuite augmenter progressivement le niveau d'activité physique. Cela peut se faire avec l'aide de kinésithérapeutes.
Évaluation psychologique	Le changement drastique de l'image corporelle peut avoir un impact sur la santé psychologique, avec un risque d'apparition d'alimentation émotionnelle, ou d'alcoolisme.

Figure 12 : Suivi médical après une CBM (Verkindt H., 2021)

2.4.1. Suivi postopératoire en Belgique

Les données du SPF Santé publique et de l'INAMI (2019) indiquent une grande disparité dans la PEC pré et postopératoire d'un centre à l'autre, notamment en ce qui concerne le nombre de consultations et la durée du suivi.

Selon les centres, le suivi post CBM n'est pas effectué par les mêmes PS. Dans la plupart des cas, le suivi se concentre sur les aspects techniques du régime alimentaire plutôt que sur des conseils pratiques et un accompagnement dans les changements de mode de vie nécessaires. Il est crucial que le suivi après l'opération bariatrique soit systématique et multidisciplinaire, couvrant les aspects médicaux, nutritionnels et psychologiques, et offrant un soutien continu au patient dans l'adaptation de son mode de vie et de ses habitudes alimentaires pour assurer des changements durables. (Van den Heede K. et al., 2020)

En 2020, le KCE a formulé des recommandations pour établir un itinéraire de soin national pour la CBM, mais il n'est pas encore appliqué totalement :

Période	Catégorie		Éléments à inclure
Préopératoire	Bilan	Médical	Poids et taille (IMC) Historique des tentatives de perte de poids, des adaptations du mode de vie et des professionnels consultés Comorbidités Contre-indications médicales à la chirurgie Usage de médicaments Addictions éventuelles (alcool, médicaments...) Statut des examens de dépistage du cancer recommandés Laboratoire : sang complet, tests de coagulation, albumine/préalbumine, dosage de certaines vitamines et minéraux, hormone parathyroïdienne, glucose, fonctions rénale et hépatique, test de grossesse pour toutes les femmes en âge de procréer Examens médico-techniques si indiqué
		Nutritionnel	P.ex. détection de troubles alimentaires, de carences en macronutriments et en oligoéléments, problèmes de mastication, etc.
		Psychologique	Problèmes sérieux de santé mentale, fragilité psychologique, etc.
	Consultations spécialisées supplémentaires éventuelles		En fonction des caractéristiques du patient et de ses comorbidité
	Programme de préparation		- Information du patient et discussion approfondie entre le chirurgien/équipe multidisciplinaire et le patient (et ses proches) sur les options chirurgicales, les risques et bénéfices, la nécessité d'adapter le mode de vie et de se présenter aux consultations de suivi et les implications financières pour le patient. Le consentement éclairé doit être documenté dans le dossier du patient. - Éducation du patient sous différentes formes (entretiens individuels, séances de groupe, brochures, etc.) avec une attention spécifique pour les patients dont les capacités cognitives sont limitées. - Conseils nutritionnels et diététiques adaptés au patient, soutien dans l'adaptation de ses habitudes alimentaires. - Encouragement à la pratique régulière d'exercices adaptés à l'état cardiovasculaire et musculo-squelettique du patient, à son mode de vie et à ses préférences. - Arrêt du tabac (au moins 6 semaines avant l'opération) et abstinence d'alcool en cas de problèmes de dépendance (au moins un an avant l'opération). - Soutien par un psychologue/psychiatre spécialisé en chirurgie bariatrique et en obésité : traitement des problèmes préexistants, soutien de la motivation et de la capacité du patient à modifier ses habitudes de vie après l'opération (sur les plans nutritionnel, comportemental et psychologique). - Prise en charge des comorbidités afin de réduire le risque chirurgical : diabète, hypothyroïdie, hyperlipidémie, apnées obstructives du sommeil, thrombose veineuse profonde. - Avis gynécologique en matière de fertilité (peut augmenter après l'opération), de grossesse (à éviter jusqu'à 12-18 mois après l'opération) et de contraception.
Postopératoire	Bilan	Médical	Poids et taille (IMC) Comorbidités Complications éventuelles Qualité de vie Usage de médicaments Laboratoire : sang complet, albumine/préalbumine, dosage de certaines vitamines et minéraux, PTH, glucose, fonctions rénale et hépatique Mesure de la densité osseuse
		Nutritionnel	P.ex. régime, prise de suppléments vitaminiques et d'oligoéléments, respect des modifications du mode de vie, impact de l'opération sur la vie quotidienne et la qualité de vie
		Psychologique	P.ex. problèmes d'image/d'estime de soi, dépression, addiction, perte de motivation...
		AP et activités de la vie journalière	
	Suivi multidisciplinaire		Le suivi postopératoire multidisciplinaire doit comprendre au moins quatre consultations pendant la première année, deux pendant la deuxième année et une consultation annuelle à partir de la troisième année. La fréquence des consultations et le contenu du programme de suivi doivent être adaptés au type d'opération et aux besoins/comorbidités du patient
	Suivi supplémentaire		Le suivi multidisciplinaire doit être échelonné (stepped care) en fonction de l'état du patient et de ses capacités à gérer lui-même ses soins. Si nécessaire, les interventions supplémentaires suivantes peuvent être indiquées : - Éducation/coaching/thérapie comportementale, par exemple pour soutenir l'adoption de nouvelles habitudes alimentaires - Soutien spécifique à la lutte contre la sédentarité (p.ex. séances de groupe avec un kinésithérapeute) - Conseils nutritionnels : p.ex. apport en protéines, suppléments de vitamines et de minéraux (au minimum : vitamine B1, B9, D, calcium, fer, zinc, cuivre et sélénium) - Soutien psychologique : p.ex. travail sur l'image de soi, prise en charge en cas d'alcoolisme / toxicomanie postopératoire, de dépression, de risque de suicide, de perte de motivation - Suivi pharmacologique : p.ex. adapter la médication aux conséquences de l'intervention (malabsorption) - Suivi gynécologique : conseils avant la conception et pendant la grossesse sur les compléments alimentaires et les besoins diététiques spécifiques, suivi nutritionnel de la grossesse, supplémentation en vitamines et oligoéléments

Figure 13 : Recommandations d'itinéraire de soins national pour la CBM (Van den Heede K. et al., 2020)

Mais avoir un parcours de soins standardisé ne fait pas tout, encore faut-il que les patients le suivent. Selon la littérature, le taux de non-présentation aux consultations de suivi post-hospitalisation varie de 3 à 89% chez les patients, et ce dès la deuxième consultation ! La prévalence de cette désertion diffère selon les caractéristiques du patient (telles que l'âge, le

sexe, le milieu socio-économique), le type d'opération, ainsi que la fréquence et la durée du suivi.

Les médecins et autres professionnels ont avancé plusieurs raisons pour expliquer ce taux élevé d'abandons :

- En Belgique, les patients bénéficient d'une grande liberté de choix. Initialement, la plupart prennent l'initiative de contacter directement les CSO, sans être référés par un médecin. Ils peuvent ainsi opter pour un autre centre s'ils trouvent le premier trop contraignant, que ce soit en raison de certaines exigences (comme des consultations avec un diététicien ou un psychologue) ou des contre-indications jugées trop strictes. Cette liberté peut entraîner une faible implication dans le programme de suivi, certains ne se présentant qu'en cas de problème, sans réaliser l'importance préventive des consultations.
- De plus, une perte de poids significative au début peut amener certains patients à minimiser l'importance du suivi. Les rendez-vous manqués rendent ensuite difficile la reprise des consultations, souvent par honte, notamment en cas de reprise de poids.
- Les soins bariatriques demandent beaucoup de temps et souvent ne constituent pas le seul aspect des soins de ces patients, qui sont souvent suivis pour d'autres problèmes de santé. Ils peuvent alors manquer d'énergie et de moyens pour le suivi bariatrique.
- Les aspects médicaux du suivi sont souvent privilégiés, mais les besoins psychosociaux et nutritionnels des patients sont tout aussi importants. Cependant, les consultations chez le psychologue et le diététicien ne sont pas remboursées, ce qui peut constituer un obstacle majeur.
- Enfin, les patients ne sont pas suffisamment encouragés à respecter les rendez-vous de suivi. Le bilan préopératoire comporte des rendez-vous légalement obligatoires, mais ce n'est pas le cas en postopératoire (Van den Heede K. et al., 2020).

Dans son rapport de 2020, le KCE a également émis des recommandations (voir Annexe 5) pour améliorer l'assiduité des patients concernant le suivi. Il insiste d'abord sur l'importance d'un consentement éclairé, reposant sur un entretien approfondi avec le patient, une évaluation de sa motivation, ainsi qu'un délai d'au moins trois mois avant l'intervention pour permettre une préparation progressive. L'information doit être accessible, personnalisée, et transmise via divers canaux, en incluant une déclaration d'engagement au suivi.

Le KCE propose également plusieurs mesures concrètes pour renforcer l'implication et l'engagement du patient : un accompagnement progressif et adapté à ses besoins, des programmes d'éducation et de coaching, l'usage d'outils numériques ou pratiques (applications, carnets de suivi, visio-consultations), et la désignation d'un coordinateur de soins chargé d'assurer la continuité du suivi. Il recommande aussi de favoriser la co-construction de l'itinéraire de soins avec les patients, afin d'augmenter leur adhésion sur le long terme (Van den Heede K. et al., 2020).

2.5.Coût d'un bypass gastrique en Belgique

Une partie des coûts de la chirurgie bariatrique est couverte par l'INAMI pour les patients remplissant les critères requis. En raison de la diminution des durées de séjour, on constate des réductions. Le bypass demeure la procédure la plus onéreuse, avec un remboursement d'environ 5000 €. Le coût total s'élève à environ 6200euros : 5000euros pris en charge par l'INAMI, et les 1200euros restant représentent le ticket modérateur du patient. Il peut évidemment y avoir des suppléments d'honoraires qui seront également à charge du patient

Avec l'augmentation de l'utilisation de la CBM, les dépenses hospitalières directement liées à celle-ci ont augmenté, passant d'environ 40 millions d'euros en 2009 à environ 60 millions d'euros en 2014 pour l'ensemble des interventions bariatriques.

En 2014, près de trois quarts (72%) de ces dépenses ont été consacrés à des bypass gastriques. De plus, avec la hausse de la pratique de la CBM et l'augmentation de la proportion de patients bénéficiant d'interventions majorées (BIM), on peut prévoir une augmentation continue de ces dépenses. (Louwagie, P. et al, 2019)

Certes, cette intervention chirurgicale a un coût certain pour l'INAMI, mais pour rappel, un patient obèse coûte 36% plus cher à la sécurité sociale qu'un patient de gabarit normal. Alors, cette opération est-elle « coût-efficace » ?

C'est une question que le KCE a analysé dans son rapport 316Bs (2019), et voici leur réponse :

« Il ressort des analyses économiques examinées que le remboursement de la CBM présente un rapport coût-efficacité favorable et pourrait même, d'après certaines études, s'avérer un choix préférable et plus économique pour le traitement de l'obésité sévère avec comorbidités et de l'obésité morbide. » (Louwagie, P. et al, 2019, p.29)

La plupart des études européennes indiquent que le rapport coût-efficacité différentiel (ICER) se situe en dessous de 10 000€ par QALY (année de vie ajustée en fonction de la qualité) sur une période de plus de 10ans. Même si l'intervention initiale est coûteuse, les améliorations apportées au traitement du diabète, ainsi que les gains potentiels en termes de survie et de qualité de vie, contribuent à maintenir un ICER relativement bas, voire à démontrer que l'intervention peut générer des économies sur le long terme. Par contre, il n'est pas toujours expliqué clairement comment ces modèles économiques tiennent compte des complications et des révisions à long terme. Bien qu'il n'y ait pas de seuil explicite pour l'ICER en Belgique, au Royaume-Uni, il est généralement de £20 000 à £30 000 par QALY. En supposant que la volonté de financement dans notre pays soit similaire à celle du Royaume-Uni, on peut considérer que la gestion du coût est efficace. Ces observations soutiennent les pratiques de remboursement actuelles de l'INAMI. (Louwagie, P. et al, 2019)

Ces modèles économiques ne concernent pas uniquement le bypass gastrique, mais l'ensemble des opérations bariatriques pratiquées et remboursées par la sécurité sociale. Cependant, le bypass étant l'opération la plus pratiquée, je considère que ces résultats peuvent être considérés comme pertinents dans le cadre de ma revue de littérature sur le bypass gastrique.

2.6.Focus sur l'activité physique dans le cadre de la chirurgie bariatrique

Je vais plus me pencher sur les guidelines qui concernent l'AP, et son importance dans le parcours postopératoire du patient bariatrique.

Pratiquer de l'AP après une chirurgie bariatrique est associé à de nombreux bénéfices :

- Une perte de poids plus importante de 2,5kg en moyenne ;
- Une meilleure composition corporelle ;
- Une meilleure réduction des facteurs de risques cardiovasculaires ;
- Une meilleure santé osseuse ;
- Une meilleure qualité de vie (en agissant aussi sur les facteurs psychologiques) ;
- Un meilleur maintien de la perte de poids.

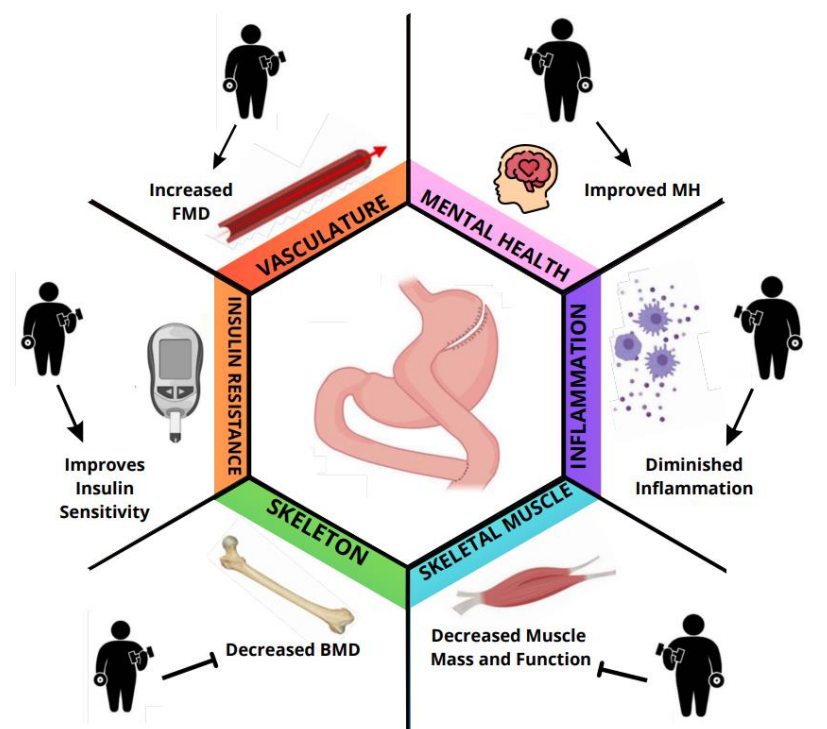


Figure 14 : Intérêt de l'AP après une CBM (inspiré de Stults-Kolehmainen M. et al., 2021)

Ces améliorations sont également dues à l'adoption d'un mode de vie moins sédentaire, avec plus de marche (Zabatiero J. et Al., 2018 ; Mathew A Stults-Kolehmainen et al., 2024 ; Oppert J.-M. et al, 2021 ; Bellicha A. et al, 2021). L'AP est considérée dans certaines études comme l'aide la plus puissante pour maintenir les gains en santé acquis via la CBM (Stults-Kolehmainen M. et al., 2021).

Bien que la littérature scientifique se rejoigne sur le fait que la pratique d'une AP en postopératoire bariatrique est nécessaire, il n'existe pas de guidelines spécifiques et précises pour ces patients (Zabatiero J. et Al., 2018 ; Mathew A Stults-Kolehmainen et al., 2024 ; Oppert J.-M. et al, 2021 ; Bellicha A. et al, 2021).

J'ai donc décidé de me renseigner sur les recommandations pour les personnes en état d'obésité qui n'ont pas spécialement recours à la CBM.

Un consensus existe sur l'importance d'allier de l'exercice d'endurance à de l'exercice de renforcement. En effet, pour les personnes obèses, un entraînement basé sur l'endurance sera le plus efficace pour réduire la masse grasse et corporelle, et un programme de renforcement musculaire va permettre d'augmenter la masse maigre (Yumuk V. et al., 2015 ; Zabatiero J. et Al., 2018 ; Mathew A Stults-Kolehmainen et al., 2024 ; Oppert J.-M. et al, 2021 ; Bellicha A. et al, 2021).

Il existe cependant encore des discordances sur la durée recommandée pour chaque type d'exercices. Mais elles comprennent à chaque fois :

- Un minimum de 150 minutes par semaine d'exercice aérobic modéré (comme la marche rapide)¹
- Trois séances hebdomadaires d'exercice de résistance pour augmenter la force musculaire.

Il est aussi préconisé d'intégrer des étirements et des exercices de proprioception. La pratique d'une AP aquatique est également recommandée, car elle offre des résultats similaires à ceux obtenus avec une AP terrestre, mais sans certains freins associés au poids excédentaire. En effet, l'environnement aquatique permet un entraînement simultané aérobic et musculaire, tout en réduisant les contraintes articulaires, ce qui en fait une option idéale pour les personnes obèses.

Ces objectifs sont à atteindre de manière progressive. Ils conseillent d'apporter une aide aux patients pour les atteindre. Ils ajoutent également que les recommandations en matière d'exercice doivent être personnalisées en fonction des capacités et de l'état de santé du patient, en privilégiant une progression graduelle. (Bellicha A. et al, 2021 ; Yumuk V. et al., 2015 ; Rolland I. et al., 2023 ; HAS, 2024 ; OMS, 2020 ; Noorani S.E. et al., 2023)

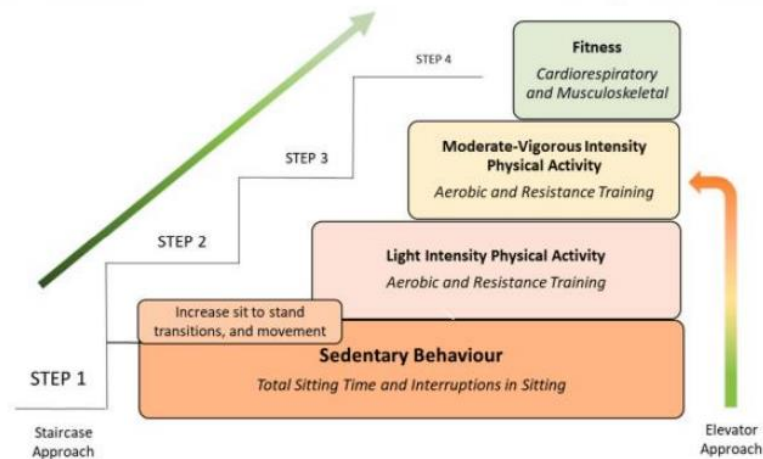


Figure 15 : Approche progressive de l'AP (M. Stults-Kolehmainen et al., 2021)

¹ Selon l'OMS (2020), une AP d'intensité modérée équivaut à un effort perçu comme d'une difficulté de 5 à 6 sur 10 sur une échelle relative à la capacité personnelle d'un individu. (Bull F.C. et al., 2020)

Avant 2020, l'accompagnement par un kinésithérapeute n'était pas repris dans les recommandations de PEC par une équipe multidisciplinaire. Leurs compétences pertinentes pour l'amélioration de l'AP sont dorénavant reconnues et mise en avant dans les guidelines (Bellicha A. et al, 2021).

Bellicha A. et al (2021) sont plus précis dans leurs recommandations et les possibilités pour y parvenir :

- « 150 min/semaine d'AP d'endurance d'intensité modérée, si possible réparties sur la semaine. Il est possible d'atteindre cette durée en sessions cumulées ≥ 10 minutes ;
- 2-3 séances/semaine de renforcement musculaire;
- Une séance type inclut 8 à 10 exercices différents faisant travailler les principaux groupes musculaires; pour chaque exercice, réaliser 1 à 3 séries de 8 à 12 répétitions;
- Une réduction du temps sédentaire. » (Bellicha A. et al, 2021, Chapitre 78, p.445)

Bénéfices	Importance	Moyens
Comorbidités, facteurs de risque	Majeure	AP d'endurance d'intensité modérée comme la marche et entraînement de renforcement musculaire
Amélioration de la capacité physique	Majeure	AP d'endurance pour la capacité cardiorespiratoire, de renforcement musculaire pour la force et la fonction musculaires
Préservation de la masse maigre lors de l'amaigrissement	Importante	Renforcement musculaire (associé à une supplémentation protéique)
Diminution du tissu adipeux viscéral	Importante	AP d'endurance d'intensité modérée comme la marche, entraînement intermittent à haute intensité
Perte de poids et de masse grasse	Modeste	AP d'endurance
Maintien du poids perdu	Modeste	Volume élevé d'AP d'endurance

Figure 16 : Principaux effets bénéfiques de l'AP dans la PEC des patients obèses et spécificités d'entraînements correspondants (Bellicha A. et al, 2021)

Il me paraît aussi important d'aborder les bienfaits psychologiques d'une AP régulière. Comme précisé précédemment, les patients en obésité massive sont sujets à une santé mentale plus faible. La pratique d'une AP leur sera donc d'autant plus bénéfique car, d'une part, l'engagement dans des activités sportives et l'exercice physique sont généralement perçus comme favorables à la santé mentale, entraînant une amélioration de l'humeur et de la qualité de vie. D'autre part, un bien-être mental influe positivement sur la condition physique et les performances sportives (C. Faussait et al, 2021). Le sport peut également, via une approche

collective, apporter au patient un lien social parfois perdu (Dieffenbronn, 2018). On est donc face à un cercle vertueux totalement bénéfique pour le patient.

Il n'existe actuellement pas encore d'avis unanime sur le délai pour commencer de l'AP dans le cadre d'une CBM. La HAS (2024) reconnaît un manque de données, mais recommande la pratique d'une AP régulière et adaptée dès le feu vert du chirurgien. Certaines études ont été menées avec des groupes de patients qui démarraient une reprise de l'AP un à 2 ans après leur CBM. Les résultats observés chez ces patients sont semblables à ceux observés chez les patients qui reprennent une AP rapidement après leur CBM (Herring et al., 2017). De nombreuses études démontrent un bénéfice à pratiquer de l'AP dès la phase préopératoire, et ce afin de diminuer les risques liés à l'acte chirurgical, mais également afin d'introduire au plus tôt une routine sportive dans les habitudes de vie du patient (Stults-Kolehmainen M. et al., 2021 ; Pailler C., 2021 ; Dieffenbronn, 2018 ; Bellicha et al., 2021).

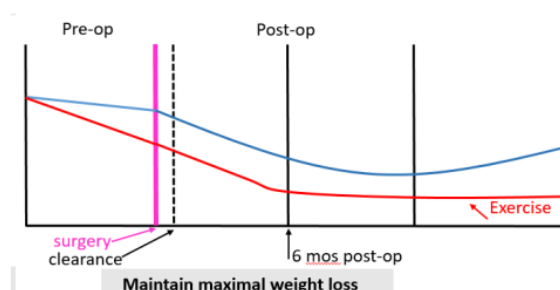


Figure 17 : Implémentation de l'AP dans le parcours de la CBM (Stults-Kolehmainen M. et al., 2021)

La méta-analyse de Bellicha et al. (2021) suggère qu'il est possible d'augmenter l'intensité de l'entraînement aérobie au-dessus du seuil d'intensité modérée à partir de 3 mois après la CBM et que cela peut être bénéfique pour améliorer la condition cardiorespiratoire.

Cependant, et malgré tous ces bénéfices prouvés, une majorité de patients ne devient pas spontanément actif après leur opération, et le maintien d'une AP « à vie » n'est souvent pas atteint. Il apparaît même qu'une partie des patients diminuent leur niveau d'AP en postopératoire, car la perte de poids induite par la CBM leur suffit. Le manque d'AP est récurrent dans les 3 à 6 mois qui suivent l'opération (Cornejo-Pareja I. et al, 2021 ; Zabatiero J. et al., 2020 ; Zabatiero J. et Al., 2018 ; Mathew A Stults-Kolehmainen et al., 2024).

En conclusion, l'augmentation de l'AP d'une intensité au moins modérée favorise le maintien de la perte de poids après la CBM, et comporte de nombreux autres avantages somatiques et psychiques. L'AP doit donc jouer un rôle important dans la PEC à long terme des patients

souffrant d'obésité après une CBM, et devrait même être intégrée dès le préopératoire afin de pérenniser la pratique sportive dans le temps.

Mais l'absence de modèle établi sur la manière et le moment de mettre en œuvre l'AP dans le parcours bariatrique pose un réel problème. Nous sommes également en droit de nous demander à qui revient le rôle de l'éducation thérapeutique sur l'AP ?

2.7. Le parcours d'un patient opéré d'une CBM à l'hôpital Delta

À Delta se trouve la Clinique Intégrée de l'Alimentation qui offre une prise en charge globale en s'intéressant tout autant à la prévention de l'obésité qu'à son traitement, aux comorbidités qui y sont liées, au risque de récurrence et au suivi physique et psychologique (Chirec, n.d.). Tout cela est assuré par une équipe multidisciplinaire (autant en pré qu'en post-opératoire).

Le premier contact se fait généralement via une secrétaire, qui va rediriger le patient vers une des trois infirmières coordinatrices. Celles-ci vont accompagner le patient et l'orienter tout au long des étapes de son suivi. Les consultations sont adaptées à la langue préférée du patient, qu'il s'agisse du français, du néerlandais ou de l'anglais.

Lorsqu'une intervention chirurgicale est envisagée, elle fait l'objet d'une analyse approfondie par une équipe composée de spécialistes : médecins nutritionnistes, diététiciens, psychologues, internistes, anesthésistes, et dans certains cas des kinésithérapeutes et infirmières coordinatrices. Chaque proposition opératoire est discutée lors de réunions collégiales afin de garantir la qualité et la pertinence des soins, et l'opération se déroulera uniquement si tous les professionnels le permettent.

Ensuite, après l'intervention, le suivi se poursuit. La diététicienne passe le lendemain de l'opération et on la revoit ensuite environ tous les deux mois, en fonction des cas. On revoit le chirurgien une dizaine de jours postopératoires. Un rendez-vous doit être pris tous les 3 mois chez le médecin nutritionniste, et ce pendant les deux premières années (les rendez-vous s'espacent par après). Un suivi psychologique est possible si désiré.

L'équipe multidisciplinaire intègre également une kinésithérapeute, ce qui offre la possibilité de faire de la RB. Si les séances sont prescrites par un médecin physique, le patient peut bénéficier de 48 séances remboursées par la mutuelle. Cette revalidation n'est pas automatique, et le patient n'est pas toujours informé de cette possibilité (cela dépend des membres de l'équipe disciplinaire). Ce service de RB a été mis en place spécifiquement pour

les patients en situation d'obésité et désireux de perdre du poids, moyennant ou non une opération.

La RB vise principalement à guider les patients dans la pratique d'une AP adaptée à leurs capacités et besoins spécifiques. Les patients participent à des séances en groupe deux à trois fois par semaine, au cours desquelles leurs paramètres cardio-respiratoires sont étroitement surveillés. Ces séances se déroulent dans une salle de fitness ainsi qu'en piscine et se divisent en deux parties distinctes. La première consiste en un entraînement en endurance sur des appareils, supervisé par un cardiofréquencemètre. Ensuite, la deuxième partie comprend des exercices ciblés de renforcement musculaire, comprenant des mouvements fonctionnels et variés. La constance et l'engagement des patients sont cruciaux pour obtenir des résultats positifs (Chirec Hospital group, 2021). (Voir Annexe 6)

Ce service est donc disponible, mais pas utilisé de la manière la plus efficiente puisque certains patients ne sont même pas au courant de son existence.

2.8.Conclusion

Le bypass gastrique permet une perte de poids massive, une amélioration des comorbidités et de la qualité de vie et diminue le risque de mortalité, et est une opération jugée comme « coût-efficace ».

Cette opération est majoritairement un succès, et ce malgré certains cas de reprise de poids au long cours. L'AP serait la meilleure des stratégies afin d'éviter celle-ci, mais il n'existe pas encore de guidelines uniformes pour l'AP dans le cadre de la CBM. De plus, la plupart des personnes obèses ne sont pas sportives, alors comment recommencer à en faire sans accompagnement ? Et comment trouver la motivation ?

Un programme de RB peut être une solution. C'est ce que nous allons voir dans le chapitre suivant.

3. La revalidation bariatrique

Comme nous l'avons démontré dans le chapitre précédent, l'AP doit être intégrée à la PEC du patient bariatrique. Mais en l'absence de guidelines claires, un patient peut-il réussir à effectuer une AP efficiente par lui-même ?

Surtout qu'il a été démontré que les patients avec un IMC ≥ 35 kg/m² vont adhérer plus faiblement à un programme d'exercices physiques établi (Bellicha et al., 2021 ; Cornejo-Pareja I. et al., 2021). Ceci n'est pas étonnant car nous avons déjà expliqué que beaucoup de patients ne réalisent pas correctement leur suivi post CBM, et ce même pour les rendez-vous moins contraignants que la pratique d'une AP.

De plus, même si certains patients augmentent leur niveau d'AP après la CBM, elle reste insuffisante par rapport aux recommandations de l'OMS pour tous les adultes, et certains patients surestiment leur niveau d'AP. Plus grave encore, certains patients font encore moins d'AP qu'avant leur opération bariatrique. (Cornejo-Pareja I. et al., 2021; King et al., 2013; D. Hansen et al, 2020)

3.1.Définition

La RB s'inscrit comme étant la pratique d'une AP régulière et adaptée aux capacités physiques et aux besoins des patients obèses ayant subi une CBM ou non. Elle contribue à améliorer la force musculaire, la capacité fonctionnelle et la composition corporelle des patients, en favorisant la réduction de la masse grasse. Il a également été démontré que la mise en place d'un entraînement physique (aérobie, résistance ou combinaison des deux) permet de limiter la perte de masse maigre au cours de la première année postopératoire, comparativement aux patients n'ayant pas pratiqué d'exercice (J.-M. Oppert et al., 2021 ; Bellicha et al., 2018).

Les séances de RB sont généralement organisées individuellement ou en groupe avec des modifications au cours des programmes. Elles sont coordonnées par des kinésithérapeutes. Les programmes peuvent être exécutés avant et après la CBM (Bellicha et al., 2018 ; Morana et al., 2018).

Le programme de rééducation est généralement composé d'exercices d'aérobie en endurance, de renforcement musculaire, du travail respiratoire (de la rééducation respiratoire et du renforcement des muscles inspiratoires) et du travail de proprioception (Morana & Nocca, 2017 ; Decaux, 2020).

3.2.Intérêt de la revalidation bariatrique

La littérature sur la RB est assez faible. J'ai cependant pu trouver différentes études et revues de littérature me permettant d'alimenter ce point.

Les lignes directrices de pratique clinique pour les patients subissant une CBM soulignent l'importance d'une approche multidisciplinaire pour les soins aux patients, y compris les conseils diététiques et d'AP, le soutien au mode de vie tout au long de la vie et la PEC médicale.

Il est prouvé qu'une supervision et un suivi étroits des programmes d'exercices favorisent une perte de poids légèrement plus importante que les programmes peu supervisés. De plus, un programme structuré d'exercices post-bariatriques améliore la capacité physique des patients en termes de force, d'équilibre, de flexibilité, de mobilité et de coordination (Cornejo-Parja I. et al., 2021 ; J.-M. Oppert et al, 2021 ; Cho, Y.-H. et al., 2023 ; J.-M. Oppert et al, 2018 ; Zabatiero, J. et al., 2018 ; Pailler C., 2021 ; Bellicha et al., 2022 ; Tettero O.M. et al., 2018).

Bellicha et al. (2022) ont effectué un follow-up des patients bariatriques à 5ans, et sont arrivés à la conclusion que les programmes d'entraînement non supervisés restent efficaces pour améliorer la composition corporelle et la condition physique, mais ils ne semblent pas se traduire par une augmentation de l'AP dans la vie quotidienne. L'accès à des programmes d'entraînement physique supervisés et à des interventions comportementales peut donc s'avérer nécessaire pour augmenter l'AP quotidienne, promouvoir le maintien du poids et optimiser les bénéfices pour la santé de la CBM.

Cette conclusion est en accord avec l'étude menée par Tettero et al. (2018) dans laquelle les patients bariatriques devaient suivre un « programme pré/per/postopératoire de changement de vie ». Les résultats ont montré une amélioration postopératoire significative de l'AP, de la perte de poids et de la forme cardiorespiratoire. Ainsi, la CBM complétée par un programme complet de soins bariatriques pré et postopératoires a le potentiel d'augmenter l'AP, la perte de poids et la forme cardiorespiratoire.

Il existe de plus en plus de preuves de la pertinence et de l'efficacité d'interventions personnalisées ciblant des facteurs spécifiques pertinents pour la participation d'un individu à l'AP, plutôt que d'utiliser des approches génériques pour promouvoir l'AP.

Ainsi, le rôle du kinésithérapeute en charge de la RB va plus loin que la supervision de l'exercice durant les séances. Il est un membre clé de l'équipe multidisciplinaire pour établir

un programme personnalisé pour le patient. Ce suivi contribuera également à limiter le risque accru de lésions musculosquelettiques lié à une AP plus intense chez les personnes obèses (J.-M. Oppert et al, 2021 ; J.-M. Oppert et al, 2018 ; Tettero O.M. et al., 2018 ; Bellicha et al., 2021 ; Stults-Kolehmainen, M. A. et al., 2024 ; Zabatiero, J. et al., 2018 ; Pailler C., 2021 ; Stults-Kolehmainen, M. A. et al., 2021).

Stults-Kolehmainen, M. A. et al. (2021) ont établi que le rôle du professionnel de l'exercice physique s'étend à :

- L'évaluation de la santé liée à l'exercice (ex : monitoring de la fréquence cardiaque) ;
- L'évaluation de la composition corporelle et de la condition physique ;
- L'évaluation de l'AP et du comportement sédentaire ;
- L'éducation, instruction et prescription ;
- La surveillance de l'exercice ;
- L'apport de conseils comportementaux et d'un soutien psychosocial.

En outre, grâce à cette approche personnalisée, le kinésithérapeute aura l'occasion d'identifier les obstacles à la pratique de l'AP présents chez le patient, et y apporter des pistes de solutions.

Obstacles à l'AP	Réponses
Capacités physiques limitées Comorbidités invalidantes Asthénie	Adapter l'AP aux capacités du patient Dépister les complications de l'obésité
Expérience antérieure négative vis-à-vis de l'AP Gêne du regard des autres	Consultations spécialisées, relais adaptés (clubs, associations)
Obstacles financiers (adhésion, matériel) Difficultés d'accès	AVQ (marche, renforcement musculaire) ou les groupes organisés par les acteurs locaux (municipalités)
Manque de confiance en soi, manque d'estime de soi	Activités déjà connues, appréciées. Encourager la pratique douce, évaluer et valoriser les progrès sur des critères intermédiaires (fatigue, essoufflement, tour de taille)
Manque de temps	Insister sur le fait que toute activité compte. Proposer en priorité l'augmentation d'AP dans la vie quotidienne pour limiter la sédentarité
Absence de soutien de l'entourage	Relai adaptés (clubs, associations) Proposer une consultation avec l'entourage
Souhait de perdre du poids avant de débiter l'AP	Insister sur l'intérêt de l'AP pour prévenir la reprise de poids et la préservation de la masse maigre

Figure 18 : Principaux obstacles à la pratique d'une AP chez le patient en situation d'obésité (Bellicha et al., 2021)

Le kinésithérapeute va également apporter un soutien moral lors de ces séances, ce qui peut stimuler la motivation du patient à continuer à pratiquer de l'AP. La RB aurait donc un impact sur l'implémentation d'une routine sportive dans les habitudes de vie des patients. L'effet de groupe renforce également l'enthousiasme et l'engagement des participants (J.-M. Oppert et al, 2021 ;J.-M. Oppert et al, 2018 ; Tettero O.M. et al., 2018 ; Bellicha et al., 2021 ; Stults-Kolehmainen, M. A. et al., 2024 ; Zabatiero, J. et al., 2018 ; Pailler C., 2021).

Enfin, on trouve beaucoup d'études qui démontrent que l'AP auto-déclarée par les patients s'améliore de manière significative. Cependant, les études qui mesurent l'évolution de l'AP post-bypass avec des outils objectifs (podomètre, accéléromètre) montrent qu'ils ne l'augmentent pas (D. Hansen et al, 2020). Dans ce contexte-là, intégrer de la RB dans le parcours post-opératoire du patient bypassé gastrique me paraît pertinent.

3.3. Protocoles de revalidation bariatrique

Il n'existe actuellement pas de protocole clairement établi de RB.

Je n'ai trouvé qu'une seule revue systématique sur le programme d'exercices physiques recommandé en postopératoire bariatrique. Elle a été réalisée par Karaaslan et al. en 2020, et a conclu les recommandations suivantes :

Le programme d'exercices doit comprendre des séances d'échauffement, de renforcement musculaire, d'aérobic, de respiration et d'étirement, ainsi que des séances de récupération, pendant au moins 12 semaines.

Ils conseillent également que ce programme soit poursuivi au-delà des 12 semaines afin de parvenir à un contrôle du poids à long terme, de réduire les risques cardio-métaboliques et d'induire une modification du comportement.

	Phase préopératoire	Phase postopératoire		
		De la 2 ^e à la 4 ^e semaine	De la 5 ^e à la 8 ^e semaine	De la 9 ^e à la 12 ^e semaine
Type d'exercices	Renforcement musculaire Exercices aérobiques Exercices respiratoires Exercices d'étirement	Renforcement musculaire Exercices aérobiques Exercices respiratoires	Renforcement musculaire Exercices aérobiques	Renforcement musculaire Exercices aérobiques Exercices d'étirement
Intensité des exercices	Progressivement 50–60–70 % de la fréquence cardiaque maximale pendant 10 minutes 5 répétitions pour chaque exercice respiratoire 20 répétitions pour chaque exercice de renforcement 3 répétitions pour chaque exercice d'étirement	50 % de la $\dot{V}O_2\text{max}$ pour l'exercice aérobique 50–60 % de 1-RM avec 20 répétitions par exercice de renforcement 5 répétitions pour chaque exercice respiratoire	60–70 % de la $\dot{V}O_2\text{max}$ pour l'exercice aérobique 60–70 % de 1-RM avec 20 répétitions par exercice de renforcement	70–80 % de la $\dot{V}O_2\text{max}$ pour l'exercice aérobique 70–75 % de 1-RM avec 20 répétitions par exercice de renforcement
Fréquence	3 à 5 fois par semaine	2 à 3 fois par semaine	3 à 4 fois par semaine	5 fois par semaine
Durée de la séance	30 à 60 minutes	30 minutes	40 minutes	50 à 60 minutes

Figure 19 : Programme d'exercice recommandé sur 12 semaines (Karaaslan et al., 2020)

Ils précisent aussi que le programme d'exercice doit être adapté aux objectifs spécifiques du patient.

Cette recommandation concorde avec les protocoles des différentes études que j'ai relevées comme pertinentes pour ce point. Toutes les séances de RB se composaient de trois grandes étapes : un échauffement, la période d'exercices et un temps d'étirement, avec des périodes de repos entre les séries de répétition d'exercices. L'intensité des exercices doit être augmentée progressivement (Lopes K.G. et al., 2022 ; J.M. Oppert et al., 2018 ; Powels et al., 2020 ; Zabatiero et al., 2021).

Il n'existe pas non plus de règle claire concernant le moment le plus opportun pour introduire la RB dans le parcours du patient bariatrique. Il est prouvé que la pratique de l'AP en préopératoire est bénéfique, mais il n'y a pas d'indication précise de temps (K.A. Ouellette et al, 2019).

En ce qui concerne la durée du programme de RB en postopératoire, elle semble être de minimum 3mois, mais elle devrait s'étendre afin que le patient développe son « appétit » pour l'AP et qu'il l'intègre dans sa routine hebdomadaire (Murai et al., 2019). Zabatiero et al. (2021) suggèrent que cette rééducation comportementale commence à six mois postopératoires, car le patient atteint la majorité de sa perte de poids et améliore son auto-efficacité à l'exercice principalement au cours des trois à six premiers mois suivant l'intervention. Au-delà de cette période, les évolutions sont moindres, voire inexistantes, indiquant qu'une intervention ciblée sur l'AP et la sédentarité serait plus pertinente à partir du sixième mois. Pour l'American College of Sport Medicine, la RB doit se faire immédiatement après la CBM et de façon modérée (Musso, 2013). Nous pouvons donc nous demander quel serait la période la plus appropriée pour la RB.

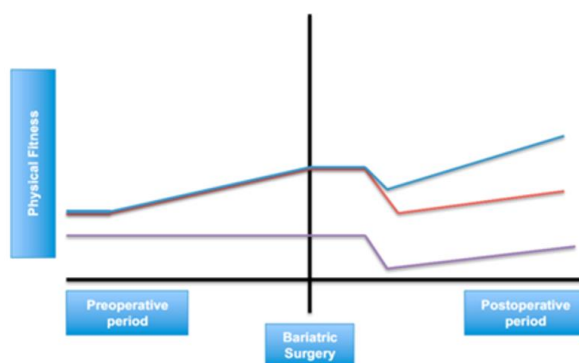


Figure 20 : Capacité physique en fonction de l'implémentation de RB (Powels et al., 2020) Mauve : Aucune RB / Orange : RB préopératoire / Bleu : RB pré et postopératoire

Bien que les bénéfices apportés par la RB soient établis, elle reste très peu prescrite (Leppäkorpi T. et al., 2020). Ceci peut être expliqué par le fait que le consensus sur la prescription optimale d'exercices pour les populations bariatriques n'est malgré tout pas encore clair. C'est pourquoi d'autres études sur le type, la durée et les effets à long terme de l'exercice sont nécessaires.

J'ai identifié deux recommandations officielles qui peuvent s'étendre au principe de RB. La première provient de la HAS et est très récente (février 2024) :

« Après chirurgie bariatrique, les séances d'éducation thérapeutique ciblées sur un ou plusieurs objectifs sont poursuivies en groupe ou en individuel après évaluation des besoins.

→ Pendant les 2 premières années après chirurgie, poursuivre les séances d'éducation thérapeutique en adaptant leur fréquence et l'intervention des professionnels impliqués (tout particulièrement le diététicien, le professionnel de l'activité physique adaptée, l'infirmier, etc.) aux besoins éducatifs évalués, encourager et soutenir l'engagement de la personne. » (HAS, 2024, p.8)

La seconde a été émise par l'American College of Sports Medicine, et statue que l'AP doit être considérée comme un traitement, et que les programmes doivent être dispensés par du personnel qualifié et spécialisé (Nosrani S.E. et al., 2023).

3.4.Conclusion

Les implications pratiques de la RB doivent encore être étudiées plus en détail. Cependant, la RB a déjà fait ses preuves dans différentes études, tant au niveau de l'amélioration des capacités physiques des patients qu'au niveau des modifications de leurs habitudes de vie.

La RB n'a donc pas uniquement un rôle purement sportif, mais également un rôle éducatif, un rôle d'évaluation du patient et de sa capacité à modifier son quotidien, et un rôle dans la construction du programme de soins bariatrique. En effet, grâce à l'expertise du kinésithérapeute, les conseils seront adaptés individuellement aux besoins des patients, y compris les possibilités et les limites liées à l'importance de la corpulence excessive, aux conséquences des comorbidités, aux limitations fonctionnelles ainsi qu'aux possibilités offertes par le cadre de vie. Malgré tous ces bénéfices, la RB reste sous utilisée dans le parcours du patient bariatrique.

Il me paraît donc intéressant d'insérer à minima une consultation avec un kinésithérapeute lors du bilan préopératoire, et de proposer au patient de participer à des séances de RB avant l'intervention.

De plus, il est conseillé que la RB prennent place pour un minimum de trois mois. Cela offre donc la possibilité de réévaluer et réadapter au besoin la PEC personnalisée du patient. Cela aidera à l'adhésion aux nouvelles habitudes d'AP à intégrer dans les habitudes de vie.

4. Conclusion de la partie théorique

L'obésité est une pathologie complexe, chronique et multifactorielle, dont la PEC nécessite une approche personnalisée et globale. Bien que la CBM, et notamment le bypass gastrique, soit aujourd'hui la solution la plus efficace pour traiter l'obésité sévère à morbide, elle ne constitue qu'une étape dans le parcours de soins. En effet, la réussite à long terme de cette intervention repose sur l'adoption durable de nouvelles habitudes de vie, notamment en matière d'AP. Une intégration des différentes composantes du modèle cognitivo-comportemental dans le plan de soins me paraît importante.

Cependant, malgré l'importance reconnue de l'AP pour prévenir la reprise de poids, l'absence de recommandations standardisées et les difficultés d'accès à un accompagnement adapté freinent l'implication des patients. C'est dans ce contexte que la RB prend tout son sens. Bien plus qu'une simple rééducation physique, elle joue un rôle éducatif et thérapeutique, en aidant les patients à comprendre, intégrer et maintenir une AP adaptée à leurs besoins et à leurs capacités.

L'implication d'un kinésithérapeute dès le bilan préopératoire, ainsi que la mise en place d'un programme de RB d'au moins trois mois, permettraient de personnaliser l'accompagnement, de renforcer l'adhésion aux nouvelles habitudes de vie et de maximiser les bénéfices de la CBM à long terme. Malgré ses résultats prometteurs, la RB reste encore trop peu intégrée dans les parcours de soins bariatriques. Il apparaît donc essentiel de promouvoir son développement afin d'optimiser les résultats postopératoires et d'améliorer durablement la qualité de vie des patients.

Néanmoins, la RB ne pourra pas être efficace sans une participation active et à long terme du patient, ce qui risque de poser un problème. En effet, la majorité des obèses morbides ne sont pas sportifs, et présentent d'autres comorbidités (physiques et psychiques). Alors comment faire pour les motiver à reprendre le sport, et à pérenniser sa pratique dans le temps ? Surtout

que le rapport 329Bs du KCE rapporte jusqu'à 89% d'abandon du suivi « classique » en postopératoire, et ce dès la 2^{ème} consultation ! Si autant de patients manquent de motivation ou de ressources pour consulter un médecin nutritionniste, comment peut-on les encourager à pratiquer une AP régulière ?

Pour tenter de répondre à cette question, j'ai décidé de réaliser des entretiens qualitatifs pour comparer le vécu de patients ayant fait un bypass à Delta et qui ont suivi la revalidation, à d'autres qui ont suivi le même parcours mais sans revalidation. J'espère pouvoir, par ce biais identifier des leviers permettant d'accentuer l'adhésion à une routine sportive à long terme chez les patients bariatriques.

PARTIE PRATIQUE

1. La méthodologie de la recherche

Cette section détaille la procédure employée pour répondre à la question de recherche précédemment posée. Elle débutera par un point sur l’approbation du comité éthique, puis une discussion sur la stratégie d’échantillonnage, comprenant les critères de sélection, le nombre de patients sélectionnés et le processus de recrutement de l’échantillon. Ensuite, elle abordera la méthodologie de collecte de données, en se concentrant sur les entretiens semi-directifs. Enfin, elle examinera la méthode d'analyse des données, incluant le codage du texte, les techniques de validation, la triangulation des données et une réflexion personnelle.

1.1.Comité éthique

Mon mémoire étant une étude prospective interventionnelle, il me fallait l’accord d’un comité éthique agréé.

Mon enquête qualitative se portant sur des patients opérés à l’hôpital Delta du Chirec, j’ai d’abord effectué une demande auprès de leur comité éthique. Ce dernier a approuvé mon projet de mémoire le 07 mai 2024, mais ce comité n’étant pas agréé, j’ai également dû faire une demande auprès du comité éthique de l’UCLouvain (le CEHF : le Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire). Celui-ci a rendu un avis favorable le 13 juin 2024. Les avis des deux comités éthiques se trouvent en annexe (Annexe 7 et Annexe 8).

1.2.Méthode de collecte des données

1.2.1. Stratégie d’échantillonnage

Cette étude s'est basée sur un échantillon limité, choisi selon des critères spécifiques. Les critères d'inclusion comprenaient les individus francophones âgés de 18 à 64ans ayant subi un bypass gastrique à l'hôpital Delta.

J’ai choisi d’interroger des personnes majeures, car la CBM est remboursée à partir de 18ans. Ensuite, j’ai décidé de limiter mon échantillon aux personnes de maximum 64ans, car les personnes âgées souffrent généralement de comorbidités spécifiques à leur tranche d’âge.

L’hôpital Delta du Chirec a été choisi car il dispose d’un programme spécifique de RB. De plus, il est un centre de référence avec sa clinique intégrée de l’alimentation.

L'intention de ce mémoire n'était pas d'avoir une large représentativité dans un échantillon volumineux, mais plutôt d'essayer de saisir la diversité et la complexité des expériences dans un cadre bien défini. J'avais comme objectif d'arriver à un échantillon total de dix patients : cinq ayant pratiqué de la RB après leur opération, et cinq n'ayant pas suivi ce programme. Cependant, j'ai été confrontée à de grosses difficultés de recrutement, et ait donc opté pour une analyse visant la saturation des données. Ainsi, j'ai arrêté le processus de recrutement lorsque les nouveaux participants n'apportaient plus d'informations nouvelles significatives sur la question de recherche.

Le recrutement de mon échantillon s'est déroulé avec l'aide de mon investigateur principal au sein de l'hôpital Delta : le Dr Collard, médecin nutritionniste qui suit les patients opérés bariatriques ; Mais aussi grâce à la diététicienne Laura Terruzzi, qui fait également partie de l'équipe multidisciplinaire. Je leur ai confié des flyers de recrutement (voir Annexe 9) afin qu'elles les distribuent aux patients correspondant aux critères d'inclusion.

Ensuite, si ceux-ci étaient volontaires pour participer à mon étude, ils m'ont contacté par mail et/ou par téléphone.

Par après, j'ai envoyé à chaque patient un mail reprenant les raisons de la réalisation de mon enquête qualitative, le contexte de mon étude, ainsi que leurs droits (voir Annexe 10). C'est également via ce mail que j'ai fait parvenir aux participants le formulaire de consentement, afin qu'ils puissent me le renvoyer complété et signé par leurs soins (voir Annexe 11). Le recrutement des patients a été très long et s'est étalé de mai 2024 à décembre 2024.

Je n'ai offert aux patients aucune compensation financière en échange de leur participation.

1.2.2. Méthode de recueil des données

Pour rappel, ma question de départ vise à déterminer si la RB permet la pérennisation de l'AP chez les patients opérés d'un bypass gastrique.

Pour y répondre, j'ai effectué des entretiens semi-directifs à l'aide d'un guide d'entretien que j'ai réalisé sur base de ma revue de littérature (voir Annexe 12).

Ces entretiens ont évoqué plusieurs thèmes :

- Le vécu de l'opération et des changements liés à celle-ci ;
- Leur rapport au sport avant et après l'opération ;
- Leur ressenti concernant le parcours post-opératoire ;

- L'encadrement de ce parcours ;
- Les défis rencontrés suite à leur opération.

Suites aux préférences des patients, les entretiens ont été réalisés par téléphone. Je les ai enregistrés via l'application d'enregistrement vocal de mon ordinateur.

1.3.Méthode d'analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits par mes soins. J'ai commencé par utiliser l'option de retranscription disponible via le logiciel Word, et j'ai ensuite réécouté tous les entretiens afin de vérifier l'exactitude des textes. J'ai supprimé les enregistrements vocaux une fois la retranscription vérifiée et corrigée.

Ensuite, mon analyse des entretiens s'est effectuée en différentes étapes. J'ai opté pour une méthode d'analyse thématique inductive, qui permet de générer des idées en identifiant et en résumant des thèmes présents dans les données. Cette approche ne privilégie pas nécessairement les thèmes les plus fréquents, mais plutôt ceux qui sont pertinents pour la question de recherche, garantissant ainsi une analyse cohérente tout au long du processus (Trimbur, M. et al., 2021).

J'ai commencé par lire intégralement chaque entretien, afin d'en repérer des thèmes principaux pertinents. En suivant les recommandations de Braun et Clarke, je me suis familiarisée avec les données, en les relisant plusieurs fois et en les annotant de manière à documenter mes réflexions analytiques. Pour plus de facilité, j'ai installé le programme « MAXQDA Analytics Pro », un outil spécifique pour l'analyse de données qualitatives. Ce processus est à la fois rigoureux et systématique, tout en restant flexible pour ajuster et réajuster les thèmes et les codes au fur et à mesure (Trimbur, M. et al., 2021).

J'ai ensuite regroupé les codes en sous-thèmes, que j'ai synthétisés en unités de sens reliées à ma question de recherche. Bien que cette analyse soit subjective, elle repose sur des principes méthodologiques solides et a permis d'identifier des thèmes clairs et distincts. Mon expérience personnelle en tant qu'obèse morbide opérée et ayant suivi un programme de RB aurait pu influencer les résultats, c'est pourquoi j'ai utilisé la triangulation des données en reformulant les propos des participants pour m'assurer de leur compréhension. J'ai également confronté les résultats de mon analyse avec la littérature.

Mon analyse n'était pas linéaire. Il m'est arrivé de revenir sur les entretiens déjà analysés tout en analysant d'autres, dans un processus itératif qui alternait entre la collecte et l'analyse

des données. Cela m'a permis de produire un rapport détaillé tout en restant ouverte aux ajustements nécessaires tout au long de l'analyse.

Je vais maintenant présenter les résultats sous forme de texte, en illustrant chaque thème avec des extraits des entretiens.

2. Résultats

2.1. Description de l'échantillon

Tous les patients ont été opérés à l'hôpital Delta du Chirec, par différents chirurgiens. Tous ont effectué leur suivi chez la même diététicienne et médecin nutritionniste. Tous les patients interrogés ont un emploi à temps plein.

	Sexe	Âge	IMC préopératoire	IMC au moment de l'entretien	Date d'opération	Revalidation
P1	H	44ans	48kg/m ²	28kg/m ²	05/2022	Oui, à J21 postopératoire et pour un total de 48 séances
P2	F	39ans	41kg/m ²	26kg/m ²	05/2023	Oui, en pré et postopératoire et pour un total de 48 séances
P3	F	41ans	44kg/m ²	27kg/m ²	09/2023	Oui, à J30 en postopératoire et pour un total de 48 séances
P4	F	31ans	50kg/m ²	24kg/m ²	01/2023	Oui, à J10 en postopératoire et pour un total de 48 séances
P5	F	60ans	39kg/m ²	26kg/m ²	05/2023	Non
P6	F	33ans	41kg/m ²	27kg/m ²	05/2023	Non
P7	F	37ans	44kg/m ²	28kg/m ²	03/2021	Non

2.2. Présentation des résultats

L'analyse des entretiens m'a permis de faire émerger différents thèmes.

2.2.1. *Expérience de l'opération*

L'expérience de l'opération représente un tournant décisif dans le parcours des patients obèses. L'impact de l'obésité morbide sur le quotidien est un facteur clé dans la prise de décision, comme en témoigne P4 : « *J'étais vraiment extrêmement mal parce que je j'étais*

quand même dans une obésité très haute hein [...] Et je veux dire, j'en venais à ne plus participer à des activités ».

L'opération est fréquemment vécue avec soulagement. Une patiente explique : *« Je suis déjà extrêmement contente. Le but n'est pas que je pèse 50 kilos, c'est pas ça, mais je veux dire, malgré tout, même quand on pèse encore 75 kilos, bah quand on perd 5 kilos, on le sent quand même »* (P4). Cette première perte de poids est perçue comme un signal encourageant. Pour d'autres, c'est la structure du parcours en tant que tel qui rassure : *« C'est pas juste une chirurgie, pas juste sur le billard... C'est vraiment une équipe qui est là pour le suivi, etc. »* (P1).

L'expérience de l'opération n'est toutefois pas dénuée de craintes. P4 partage ainsi ses doutes avant l'intervention : *« Et j'avais cette peur pendant longtemps. [...] Et si ça ne fonctionne pas ? »*. Ces inquiétudes illustrent la charge émotionnelle liée à cette décision et la peur de l'échec dans un contexte de multiples tentatives passées de perte de poids infructueuses.

Chez plusieurs patients, l'accompagnement postopératoire est décrit comme présent et rassurant, notamment dans la relation avec la chirurgienne. Une patiente insiste : *« Ce que j'ai adoré en fait c'est que non seulement le médecin nous permet de faire le bypass, mais elle nous suit après aussi dès qu'on a une question peut l'appeler »* (P6). Le lien avec l'équipe soignante semble faciliter l'engagement des patientes : *« On se sent encadré, on sent pas jugé. Enfin honnêtement, je regrette pas du tout d'avoir fait ça à Delta »* (P4). Ce ressenti montre qu'un cadre médical accessible, même sans revalidation structurée, peut apporter un sentiment de sécurité et de continuité bénéfique.

Ainsi, si l'opération est unanimement reconnue comme un moment clé, sa portée transformative dépend largement du contexte dans lequel elle est vécue. L'existence d'un encadrement, la possibilité d'échanger avec des professionnels conditionnent fortement la manière dont les patients perçoivent leur engagement dans ce parcours de soin.

2.2.2. Modifications des habitudes de vie

La CBM implique des transformations importantes dans le quotidien des patients. Ces changements touchent principalement l'alimentation, la mentalité, la vie sociale et l'AP. Ces évolutions sont façonnées par le type d'accompagnement reçu et l'expérience propre à chaque patient, qu'il soit passé ou non par une revalidation.

2.2.2.1. Modifications alimentaires

La CBM provoque une réorganisation complète des comportements alimentaires, souvent sous la contrainte physique du corps. L'apprentissage d'une nouvelle façon de manger tant en qualité qu'en quantité est une constante dans tous les entretiens : « *J'ai très vite appris à connaître mes limites, [...] si je dépassais j'étais malade* » (P6). Le corps devient un indicateur direct à l'écoute duquel les patients doivent se placer.

2.2.2.2. Modification de la mentalité

L'évolution mentale post-opératoire s'ancre dans un processus de réappropriation de soi. P6 illustre ce basculement par un changement radical de comportement : « *J'étais quelqu'un qui avait une addiction aux bonbons acidulés. Et je lui ai dit que je voulais bien tout arrêter, mais pas les bonbons. Tout le reste, j'ai tout arrêté du jour au lendemain* ». Ensuite, grâce au suivi chez la diététicienne, cette patiente a également arrêté de manger des bonbons. P4 ajoute une transformation dans sa manière de gérer ses habitudes : « *Maintenant [...] quand je vais chez les gens, je dis toujours une petite assiette et puis je reprendrai après. Parce qu'en fait psychologiquement pour moi c'est dur d'avoir une assiette sur laquelle on laisse* ». Enfin, P5 exprime le retour du désir d'agir : « *On se sent nettement mieux. Moi je fais un tas de choses que je ne faisais plus, que je n'avais plus envie de faire* ».

Un autre patient (P1) exprime l'importance du sentiment de contrôle retrouvé grâce à la perte de poids « *C'est valorisant, en effet c'est fou* ». Ces paroles témoignent d'un renforcement de l'estime de soi.

Il me paraît important également de souligner une difficulté d'évolution de la mentalité quant à la vision de certains patients sur eux-mêmes. Il existe à ce niveau des divergences flagrantes entre les mentalités des patients. P2 se voit toujours comme auparavant son opération : « *J'ai perdu 55 kilos [...] mais même quand je me regarde dans le miroir, je me vois toujours comme avant. Je ne réalise pas que j'ai maigri autant* ». P3 reflète un début d'évolution de mentalité en commençant à s'accepter en se qualifiant « d'un peu normale » (« *Quand vous vous regardez dans une glace, vous vous dites "Bon Ben je suis devant une personne un peu normale"* »). À l'inverse, P1 a totalement accepté son nouveau corps « *Je me sens bien dans mon corps* ». Ces témoignages montrent que, malgré l'amaigrissement objectif, l'image corporelle demeure parfois figée dans une perception ancienne. Ce décalage entre le corps vécu et le corps réel souligne l'importance du suivi psychologique dans le parcours post-opératoire.

2.2.2.3. Modification de la vie sociale

La transformation physique a un impact direct sur les interactions sociales. Des patientes racontent comment leurs proches réagissent à leur changement : « *Il n'accepte pas ma perte de poids. Il me reproche de ne plus être comme avant* » (P6). À l'opposé, d'autres évoquent une amélioration du rapport aux autres : « *Maintenant on me tient la porte, on me regarde dans les magasins* » (P1). Ces contrastes montrent à quel point la CBM modifie aussi la place sociale de la personne opérée, parfois pour le meilleur, parfois au prix de tensions familiales ou conjugales.

2.2.2.4. Modification du rapport au sport

Que les patients aient suivi ou non la RB, le sport avant la CBM était majoritairement perçu comme une contrainte ou un échec. Il était associé à de la frustration, de la honte, à un trop grand effort à fournir. Le poids des patients et les douleurs articulaires qui en résultent rendaient l'AP difficile voire impossible pour les patients, comme nous l'explique P4 : « *Je me sentais trop lourde pour faire du sport, même marcher était difficile* ».

De plus, comme nous l'avons déjà démontré, les personnes obèses font face à une stigmatisation de la part de la société, ce qui entrave aussi la pratique d'une AP : « *J'avais honte de m'inscrire à une salle de sport par peur du regard des autres* » (P6) ; « *Ça remonte à l'adolescence, j'ai toujours été un peu ronde sans forcément être obèse. Mais quand on commence à prendre du poids, le sport devient une corvée et on est vite mis de côté dans les cours de gym. Donc j'ai pris l'habitude de ne pas en faire.* » (P7).

Parmi les 7 patients qui ont participé à mon étude, seuls 2 tentaient de lutter activement contre leur sédentarité, mais ils étaient confrontés aux limitations physiques et à la fatigue excessive liée au poids : « *Avant l'opération, je faisais un peu de vélo, mais je veux dire, c'est 160 kilos qui font que je peux pas continuer...* » (P1). D'autres témoignages montrent une alternance entre des tentatives sportives et des abandons dus à un manque de résultats visibles : « *Je faisais même du trampoline pour vous dire. Je pensais vraiment que ça allait m'aider, mais non. Je le faisais déjà avant, mais sans résultats. Et c'était démoralisant quand on voit ces filles qui sont toutes minces, alors que nous on est grosses et on transpire.* » (P6).

L'approche du sport évolue sensiblement après la perte de poids. Au moment où j'ai effectué les entretiens, tous les patients pratiquaient du sport, et ce peu importe leur suivi postopératoire. Plusieurs patients reva découvrent une nouvelle aisance corporelle : « *Maintenant je fais de la zumba que je pensais jamais arriver à faire* » (P4). Une autre

renchérit : « *Moi qui n'aime pas le sport, là, je n'ai pas de problème pour y aller* » (P3). Chez les patients non reva, des pratiques régulières sont aussi adoptées : « *J'ai commencé le tennis, j'avais jamais fait de ma vie. [...] Et avec mon mari on fait aussi de la randonnée le week-end* » (P7).

Cela montre que, même sans revalidation formelle, la motivation peut émerger si les conditions physiques et psychologiques le permettent.

2.2.3. Facilitateurs à l'AP en postopératoire

2.2.3.1. La revalidation bariatrique

Parmi les patients ayant suivi une RB, l'effet structurant et progressif du programme est clairement souligné : « *Je crois que de moi-même après l'opération, me remettre à bouger je ne crois pas que je l'aurais fait. Ça m'a permis de me remettre en mouvement, de rebouger* » (P3). Le plaisir retrouvé de bouger revient également « *Moi qui n'aime pas le sport, là je n'ai pas de problème pour y aller* » (P3).

La possibilité d'adapter les exercices (grâce à l'encadrement par des PS) en fonction des douleurs ou limitations initiales constitue un levier important. Cela permet de dépasser la peur de la blessure ou de l'échec, omniprésente chez les personnes en situation d'obésité sévère. Un patient en témoigne : « *C'est surtout ça en fait, savoir ce qu'on peut faire ou pas* » (P1).

Cette perception est également partagée par P5, une patiente non reva, qui évoque le besoin d'encadrement initial pour éviter les erreurs ou blessures, même si elle n'a pas bénéficié d'un programme de revalidation : « *Je pense qu'il aurait fallu quand même, dans les premiers temps du moins, être encadré pour savoir aller, ce qui était bon à faire. [...] Il ne faut pas non plus le risque de se froisser, ou quoi... C'est vrai que dans un premier temps, ça aurait peut-être été bien. Pour savoir, justement que faire, à quel rythme. Pour voir un résultat et qu'il se passe quelque chose quoi.* »

2.2.3.2. Effet de groupe et soutien social

Le sentiment d'appartenance à un groupe ayant vécu la même opération apparaît comme un moteur fondamental dans la reprise d'une AP. L'expérience collective renforce la motivation et rompt l'isolement : « *Le fait de le faire en groupe, bah ça motive quoi* » (P7). Le soutien entre pairs permet aussi de se projeter à long terme et donc renforce aussi la motivation. Voir d'autres personnes à différents stades du parcours devient une source d'espoir : « *C'est intéressant aussi en début de parcours d'avoir des plus vieux. Puis là tu te poses la question,*

ouais. Il est tout maigre. Je veux dire, ça ne marche pas, on est 3 obèses, puis y a l'un tout maigre. C'est quoi cet intrus-là? Ben tu ne réalises pas, mais il était super gros il y a 6 - 8 mois quoi. Tu ne t'en rends pas nécessairement compte » (P1).

Chez les patients reva, la RB a été l'occasion de créer des liens forts avec d'autres personnes vivant la même expérience. Une patiente (P2) évoque : *« On savait qu'on allait de nouveau retrouver bah une copine [...] on se dit allez on se serre les coudes [...] je trouve que c'est vraiment très très important dans le parcours. [...] Sans ça, je ne suis pas sûre que je... enfin oui, je l'aurais fait, mais j'aurais plus vite abandonné ».*

Chez les patients non reva, ce soutien social s'est construit en dehors du cadre médical, principalement dans la sphère privée. Une patiente explique : *« Avec mon mari on fait aussi de la randonnée le week-end » (P7).* Une autre mentionne le soutien de ses proches comme moteur pour se maintenir active : *« Oui mon mari me pousse à sortir marcher avec lui, ça m'aide à ne pas rester enfermée » (P6).*

2.2.3.3. Soutien médical hors RB

Le soutien médical en dehors du programme de revalidation joue également un rôle important dans le maintien d'une AP. Le suivi médical rapproché, lorsqu'il est bien structuré, est un véritable facteur facilitateur. P1 exprime concernant la diététicienne : *« A chaque rendez-vous, elle me demandait ce que j'avais mis en place comme activité. Et si j'avais rien fait, elle cherchait une solution tout de suite ».* Cette proactivité des soignants pousse les patients à maintenir leurs engagements, et ce peu importe qu'ils aient participé à la RB ou non. La perception d'un encadrement cohérent, avec une coordination entre les intervenants, rassure également : *« Elle (le chirurgien) m'a mise en confiance. Et comme je suivais bien, je voyais que je maigrissais, donc ça m'a encouragée » (P5).*

2.2.3.4. Personnalité du patient

Les caractéristiques individuelles jouent un rôle majeur dans l'engagement des patients envers l'AP. La motivation intrinsèque, le sens de la discipline ou encore la capacité à s'auto-organiser sont souvent cités. *« Je suis quelqu'un qui, quand je commence, je finis. Et puis quand on voit qu'on perd du poids, on reste motivé aussi » (P6).* Certains se définissent comme autonomes et n'éprouvent pas le besoin d'un cadre formel : *« C'était très bien comme c'était. Pas besoin de kiné ni rien » (P6).*

À l'inverse, d'autres reconnaissent que sans stimulation extérieure, le maintien de l'AP serait difficile : *« Moi je sais que sans la diététicienne ou la kiné, je ne me serais jamais tenue à 3 fois par semaine » (P4).* Une autre admet : *« Depuis que je suis petite, je n'arrive pas à faire*

du sport de manière régulière » (P7). La personnalité agit donc en interaction avec les autres facteurs de soutien, amplifiant ou freinant les effets du dispositif global. Certains choisissent aussi délibérément de s'appuyer sur une structure extérieure comme stratégie : *« Je garde des trucs de groupe en fait, où je m'inscris, parce que je sais que seule ça n'ira pas »* (P4).

Ces différences interindividuelles montrent que l'accompagnement doit être modulé selon le profil du patient pour optimiser ses chances de succès.

2.2.4. Obstacles et freins résiduels à l'AP en postopératoire

2.2.4.1. Obstacles logistiques

Les obstacles logistiques à la pratique d'une AP après l'opération constituent un frein important, aux multiples facettes. Ces contraintes se déploient principalement autour de quatre dimensions : la distance, le coût, la disponibilité des services et l'organisation quotidienne.

Les difficultés liées à l'accessibilité géographique apparaissent dès lors que les structures adaptées sont éloignées du domicile. Pour certains, le simple coût du transport devient un facteur dissuasif. P1 l'exprime clairement : *« Ça coûterait en essence »*. Ce type de dépense, bien que périphérique, peut suffire à freiner un engagement régulier, surtout lorsque le contexte financier est déjà fragile.

Le coût direct de la pratique sportive constitue un autre obstacle majeur. L'accès à une salle de sport, à un coach ou à un encadrement spécifique reste inenvisageable pour certains patients faute de moyens suffisants. P5 exprime cette réalité sans détour : *« Moi je vais être honnête, moi, je n'ai pas les moyens d'aller dépenser de l'argent pour faire du sport »*. Ce témoignage met en lumière une inégalité face à l'accès au mouvement et au soin de soi, que le remboursement partiel par la mutuelle ne parvient à corriger que dans certaines conditions précises.

Par ailleurs, la disponibilité limitée des séances de révalidation constitue une contrainte supplémentaire. Lorsqu'un patient s'engage activement dès le début du parcours, il peut rapidement se retrouver à court de séances prescrites, sans possibilité de prolongation immédiate. Une patiente illustre bien cette situation : *« J'ai épuisé presque tout mon quota parce que j'étais tellement enthousiaste. »* (P2). Le manque de continuité dans l'accompagnement laisse alors place à un vide difficile à combler seul, surtout lorsqu'on se retrouve sans cadre sécurisé.

Enfin, les contraintes du quotidien, qu'il s'agisse du temps disponible, des responsabilités parentales ou des exigences professionnelles, pèsent lourdement sur la possibilité d'instaurer une pratique physique régulière. Ces freins sont transversaux et concernent tous les patients, quel que soit leur type de parcours. Comme le souligne une patiente engagée dans la revalidation : « *Si tu dois t'occuper des gamins, de faire les courses, de faire le ménage, que tu bosses sur le côté, que t'es maman solo ou que sais-je, les 3 heures semaine, c'est compliqué* » (P4). Ce constat révèle la nécessité de penser des aménagements concrets, flexibles et soutenant, pour permettre une intégration durable du sport dans la vie quotidienne.

2.2.4.2. Obstacles physiques

La peur de se blesser ou d'exécuter mal les mouvements constitue également un frein récurrent à la reprise de l'AP après l'intervention. Ce sentiment d'insécurité corporelle est particulièrement présent dans les premières semaines postopératoires, période durant laquelle le corps est encore perçu comme fragile. P4 revient sur cette appréhension initiale : « *J'étais quand même hyper stressée, j'avais peur de faire des mouvements qui étaient pas top* ». Ce doute quant à la qualité des gestes effectués persiste parfois, en l'absence de validation extérieure ou d'encadrement spécialisé. P1 s'interroge ainsi : « *Est-ce que je fais bien les mouvements ? Est-ce que c'est adapté ?* ». Face à cette incertitude, certains pourraient restreindre leur pratique ou même suspendre temporairement leur activité, par peur de se nuire davantage.

Les douleurs physiques constituent également un obstacle concret. Bien que la perte de poids contribue généralement à soulager certaines douleurs chroniques, d'autres gênes peuvent apparaître ou se maintenir, notamment au niveau articulaire. P3 en témoigne : « *J'ai parfois très mal au dos, donc les mouvements au sol c'est compliqué pour moi* ». Ces douleurs doivent impérativement être prises en compte dans l'adaptation des exercices, au risque sinon de renforcer l'évitement.

À cela s'ajoute une fatigue persistante, ressentie comme disproportionnée par rapport à l'effort consenti. P2 décrit ce manque d'endurance : « *Dès que vous faites un truc, vous êtes essoufflée, ça donne pas envie d'en faire plus* ». Ce ressenti alimente un cercle vicieux, dans lequel l'inconfort freine l'envie de bouger, et l'inactivité entretient la difficulté physique. Sans un accompagnement progressif et sécurisant, ces freins corporels risquent de fragiliser durablement la mise en mouvement, pourtant essentielle au maintien des bénéfices postopératoires.

2.2.4.3. Obstacles psychosociaux

Un autre frein capital que j'ai identifié via les entretiens est la dimension psychologique.

Les entretiens révèlent que la perte de poids ne suffit pas à effacer des années de stigmatisation et d'auto-dévalorisation. Une mauvaise image corporelle persiste souvent, entretenant un rapport ambivalent au corps et freinant la mise en mouvement.

Cette image dégradée de soi est étroitement liée à la peur du regard des autres. P6 exprime cette crainte de manière explicite : *« Je suis quelqu'un qui ait très peur du regard des autres alors je n'osais pas le dire. Je ne voulais pas qu'on se dise que j'étais une fainéante qui s'est faite opérée »*. La peur d'être jugée, cataloguée comme « paresseuse » ou comme ayant « triché », pousse certains patients à dissimuler leur parcours chirurgical. Ce silence devient une forme de protection, mais il induit une certaine solitude. Une autre patiente confirme : *« Encore maintenant, il y a très peu de gens dans mon entourage qui sont au courant »* (P7).

Cette stratégie de retrait ne relève pas simplement d'un choix personnel ou d'un souci de discrétion. Elle traduit une peur profonde, persistante, de redevenir « l'ancienne obèse » aux yeux des autres, et d'être réduite à son parcours corporel. Ce repli, destiné à éviter le stress supplémentaire du jugement social, prive également du soutien émotionnel et social qui pourrait être un levier pour maintenir une AP.

Ce manque d'appui extérieur, combiné à des doutes internes profonds, peut conduire à un désengagement temporaire ou définitif du sport. Chez cette même patiente, ce retrait a conduit à une reprise de poids, avant qu'un professionnel ne joue un rôle déclencheur : *« C'est la diététicienne qui m'a motivée à me remettre au sport »* (P7). Le rôle du tiers (professionnel ou non) apparaît ici crucial pour relancer une dynamique positive.

Le silence sur l'opération ne concerne pas uniquement les patientes non reva. Même certaines personnes ayant bénéficié d'un accompagnement approfondi conservent cette posture de réserve. P4 décrit ainsi : *« J'avais déjà tellement d'appréhension moi-même [...] et je ne voulais plus qu'on vienne me faire changer d'avis ou me mettre un stress en plus »*. Ce silence, chargé de tensions intérieures, illustre bien la manière dont l'estime de soi, même après transformation, reste fragile.

La crainte du regard des autres ne disparaît pas nécessairement avec la transformation corporelle. Elle reste alimentée par une stigmatisation vécue comme quotidienne. Comme le souligne P6 : *« Surtout que quand on est obèses, le jugement des autres c'est tous les jours »*.

Cette peur ne se limite pas à l'exposition physique : elle touche aussi la perception de la légitimité à pratiquer une activité, à occuper un espace, à exister dans un corps en mouvement.

Le passé sportif est souvent associé à l'humiliation ou à l'inefficacité. P6 se souvient de cette frustration : « *Je le faisais déjà avant, mais sans résultats. Et c'était démoralisant quand on voit ces filles qui sont toutes minces, alors que nous on est grosses et on transpire* ». Le sport, loin d'être un plaisir, devient un espace d'exposition à l'échec et à la comparaison dévalorisante.

Lorsque ce passif émotionnel n'est pas travaillé ou reconnu, il peut ressurgir avec force, en particulier lorsque la perte de poids ralentit. La motivation, initialement portée par l'enthousiasme ou l'objectif pondéral, peut alors s'essouffler. P4 exprime la charge émotionnelle associée à cette crainte de l'échec : « *Je trouvais que l'opération c'est quelque chose de grave, d'important. Et entre guillemets, c'est un peu ma dernière solution pour moi et donc voilà. Je me dis que ce serait trop dommage de rater.* ». Dans ce contexte, le sport ne s'inscrit plus dans une logique de plaisir ou de bien-être, mais comme un impératif sous pression, chargé d'enjeux.

Cette tension est renforcée par une charge mentale élevée. Beaucoup expriment le besoin d'un cadre rassurant et d'une structure stable pour maintenir leur engagement. La présence d'un tiers joue alors un rôle régulateur : « *Peut-être que c'est moi qui ai besoin d'avoir, entre guillemets, quelqu'un à qui je dois rendre des comptes que je ne prends pas, mais qui psychologiquement me donne l'impression de rendre des comptes* » (P4). Ce besoin souligne la difficulté à faire de l'AP un acte autonome, inscrit durablement dans la routine.

En somme, les barrières psychologiques à la pratique sportive ne s'estompent pas nécessairement avec la perte de poids. Elles sont profondément ancrées dans une histoire marquée par la stigmatisation, le rejet, le doute. Tant que cette mémoire du corps et du regard social n'est pas reconnue et intégrée, elle continue d'entraver la possibilité de se mouvoir librement, de s'exposer sans peur, et de s'engager durablement dans une AP.

Les freins à la pratique d'une AP après une CBM ne relèvent donc pas d'un simple manque de motivation ou de temps. Ils s'ancrent dans une histoire corporelle et émotionnelle longue, faite de stigmates, d'échecs, de comparaisons, et d'une estime de soi lentement en reconstruction. Ceci souligne l'importance d'un accompagnement global, continu et individualisé dans le temps.

3. Discussion

3.1. Interprétation des résultats

L'analyse des entretiens fait ressortir des convergences ainsi que quelques divergences sur les dimensions clés du suivi post-CBM, notamment celles qui favorisent l'adhésion à l'AP et permettent d'en ancrer durablement la pratique. En croisant ces résultats avec les données de la littérature scientifique récente, plusieurs dynamiques se dégagent, permettant de mieux comprendre les facteurs qui favorisent ou freinent l'engagement dans une AP durable après l'intervention.

L'opération elle-même est perçue comme un tournant crucial dans le parcours des patients. Elle marque à la fois la fin d'un long processus de souffrance et le début d'une transformation espérée. Ce moment, porteur de nombreuses attentes, s'accompagne aussi d'inquiétudes quant à son efficacité, notamment chez ceux qui ont déjà connu des échecs antérieurs. Dans ce contexte, il est unanimement reconnu que la présence d'un cadre médical rassurant, structuré et accessible joue un rôle clé dans la manière dont l'opération est vécue. Le suivi pluridisciplinaire constitue le socle fondamental d'un parcours postopératoire réussi. Cette constatation, retranscrite par l'ensemble des témoignages recueillis, met en exergue la nécessité d'un encadrement multidisciplinaire afin d'assurer une surveillance constante des progrès et d'adapter la suite de la PEC en fonction des besoins du patient. Ainsi, la rigueur et la cohérence de l'accompagnement médical ne garantissent pas seulement la sécurité du patient : elles conditionnent également l'instauration progressive d'une nouvelle hygiène de vie, dans laquelle l'AP peut trouver une place durable. Cet élément se retrouve également dans la littérature récente, comme démontré dans le cadre théorique de ce mémoire.

Pour améliorer la continuité des soins après CBM, il serait pertinent de généraliser des dispositifs de suivi postopératoire incluant un point de contact permanent, tel qu'un infirmier coordinateur, joignable par téléphone ou en ligne. Ce type d'approche, déjà validé dans des essais comme le programme BELLA (Ueter et al., 2024), a montré qu'un suivi numérique combiné à un accompagnement humain régulier permet d'augmenter significativement l'observance au programme et le sentiment d'auto-efficacité chez les patients. À l'hôpital Delta, trois infirmières coordinatrices assurent actuellement ce rôle, mais une question majeure demeure : qu'advient-il des patients dans la PEC à long terme, une fois le parcours structuré terminé ? Cette réflexion souligne l'importance de penser le suivi au-delà des

premières années, en intégrant des solutions durables et accessibles pour accompagner les patients dans la durée.

Après l'intervention, les patients entament une réorganisation de leur quotidien.

L'alimentation devient un terrain d'expérimentation complexe, dominé par les signaux du corps qui imposent des limites nouvelles. Ce rapport obligé à l'écoute corporelle permet souvent une prise de conscience plus fine de ses besoins, mais peut également générer de la frustration si les outils pratiques manquent. Funk et al. (2023) et Jawara et al. (2024) montrent que cette transition est particulièrement difficile pour les patients disposant d'un faible niveau de littératie en santé, ou vivant dans des environnements précaires. Dans ces contextes, le manque d'accès à des ressources alimentaires saines ou à des conseils compréhensibles fragilise l'appropriation des nouveaux comportements. Cette situation renforce les inégalités dans l'adhésion au parcours post-opératoire, et peut compromettre la stabilisation des résultats. Une approche personnalisée, incluant des supports simples et adaptés au niveau de littératie en santé, serait ici un levier concret d'amélioration.

Concernant le rapport au sport, l'analyse des entretiens révèle une évolution importante.

Avant la CBM, l'AP est fréquemment associée à la honte, à la douleur et à l'échec. Le poids rend les mouvements difficiles, voire douloureux, et la peur du regard des autres freine toute tentative. Pour beaucoup, le sport évoque des souvenirs de dévalorisation, d'exclusion ou d'impuissance, inscrivant durablement l'idée que le mouvement n'est « pas pour eux ».

L'intervention bariatrique agit alors comme un levier de libération corporelle, rendant possible une remobilisation progressive. Après l'opération, les patients redécouvrent peu à peu le plaisir de bouger. Ce réinvestissement du corps est facilité par la perte de poids, mais aussi par des facteurs extérieurs tels que l'encadrement professionnel, le soutien social, ou encore la personnalité du patient. Toutefois, cette transition n'est pas automatique. Les témoignages recueillis montrent que la revalidation bariatrique joue un rôle déterminant dans la restauration de la confiance corporelle : elle propose un cadre sécurisant, une adaptation progressive des efforts et un accompagnement rassurant. Pour de nombreux patients, elle constitue un véritable levier structurant, particulièrement lorsqu'ils manquent de repères ou de motivation initiale. L'accompagnement progressif et individualisé qu'elle propose permet non seulement d'adapter les efforts aux limitations physiques de chacun, mais aussi de dépasser des peurs profondément ancrées, liées à la blessure, à l'échec ou au jugement. Cela rejoint les conclusions de nombreuses études qui soulignent que l'absence d'encadrement constitue un frein majeur à l'engagement physique durable. Toutefois, la RB ne représente pas l'unique

voie vers la remobilisation. Certains patients, même sans avoir intégré un programme formel, parviennent à mettre en place une AP régulière, dès lors que les conditions environnementales et personnelles sont favorables. Cela montre que la motivation post-opératoire est aussi contextuelle, influencée par les ressources disponibles, le soutien social et la personnalité du patient. Cette pluralité d'expériences souligne l'importance de proposer des formules flexibles, accessibles et modulables, capables de s'ajuster aux réalités de chacun.

Les facilitateurs identifiés dans les entretiens (qu'il s'agisse de la RB, du soutien social, de l'encadrement médical ou encore de la personnalité du patient) interagissent et se renforcent mutuellement. Parmi eux, le soutien social apparaît comme un levier central. Il peut provenir de la famille, d'amis, de groupes de pairs ou encore de professionnels, et constitue un moteur essentiel pour maintenir les efforts dans le temps.

La présence autour du patient d'un système de soutien informel (qu'il soit d'origine familiale ou issu d'échanges entre pairs) est une ressource indispensable à la mise en place d'une routine d'AP. Le soutien provenant de l'entourage proche va tout autant aider le patient à garder sa motivation, qu'à le décharger de certaines responsabilités familiales ou domestiques. La possibilité de pratiquer une activité avec des proches, de participer à des groupes de soutien ou encore de s'inspirer d'un partenaire engagé dans une démarche similaire renforce la responsabilisation du patient et son engagement dans la durée. La proximité géographique de ce réseau joue également un rôle clé, en facilitant l'organisation concrète d'activités physiques, de covoiturages ou de sorties accessibles. À l'inverse, l'absence de soutien peut devenir un frein à la régularité de la pratique. Jawara et al. (2024) insistent sur l'effet protecteur du soutien perçu dans le maintien d'une AP régulière et dans la prévention des rechutes pondérales. Zabatiero et al. (2018) et Lurbe I Puerto et al. (2023), confirment également le lien entre la solidité du réseau social et la stabilisation pondérale à long terme, même en cas de détresse psychologique.

Toutefois, encore faut-il que ce soutien soit adéquat. Le vécu social post-opératoire est ambivalent : certains patients décrivent un sentiment de revalorisation sociale et une visibilité nouvelle dans l'espace public, tandis que d'autres se heurtent à l'incompréhension, voire au rejet de leur entourage. Les conflits familiaux, les pressions culturelles ou les ruptures conjugales peuvent devenir de véritables facteurs de stress, fragilisant la dynamique de changement. Le contexte relationnel, s'il n'est pas favorable, peut ainsi ralentir, voire inverser les effets bénéfiques de l'intervention. Funk et al. (2023) rappellent également que dans

certains milieux, en particulier défavorisés, ce type de soutien n'est pas toujours spontané ou accessible. Le rôle des PS est alors d'autant plus crucial pour venir combler ce manque.

Pour renforcer ce soutien social, plusieurs pistes d'amélioration peuvent être envisagées. Il conviendrait notamment de formaliser des parcours de soins incluant un référent dédié, dont le rôle ne se limiterait pas à une coordination administrative, mais consisterait aussi à aider le patient à construire autour de lui un véritable réseau de soutien. Ce professionnel pourrait identifier avec le patient les ressources disponibles dans son entourage, l'orienter vers des groupes de pairs adaptés, et l'encourager à mobiliser les personnes-ressources de son environnement. En créant du lien, en rassurant, et en facilitant les connexions sociales, ce référent deviendrait un point d'ancrage précieux pour éviter l'isolement et renforcer l'engagement du patient dans la durée. En parallèle, la possibilité de rejoindre un groupe de pairs devrait être systématisée, que ce soit en présentiel ou via des plateformes en ligne, afin de permettre un partage d'expérience, de briser la solitude et de nourrir la motivation collective. Enfin, la mise en place de groupes de parole post-opératoires ouverts aux proches représenterait un levier précieux pour favoriser une compréhension mutuelle, désamorcer les tensions familiales liées à la transformation corporelle, et encourager un climat relationnel propice au changement.

Malheureusement, l'analyse des entretiens et de la littérature démontre clairement que les patients font face à différents obstacles qui entravent la pratique régulière de l'AP.

Pour la plupart, leur rapport à l'AP est négatif, car leur expérience est teintée d'échec, de frustration, de douleur, de honte, ... Ainsi, malgré la perte drastique de poids, les patients peuvent avoir du mal à se détacher de cette vision pessimiste de l'AP. Il est pourtant primordial de parvenir à faire changer l'état d'esprit des patients, car selon la théorie de « la spirale ascendante », le fait d'éprouver un affect positif lors de la réalisation d'un comportement de santé tel que l'AP active des motivations inconscientes qui en augmentent la répétition. Ainsi, avec le temps, ces comportements se renforcent d'eux-mêmes au lieu d'être vécus comme une contrainte. Un accompagnement axé sur le développement de compétences favorisant des émotions positives pendant l'AP pourrait grandement bénéficier aux patients post-CBM. Intégrer les principes de la psychologie positive dans les interventions post-bariatriques permettrait non seulement d'améliorer le bien-être psychologique global, mais aussi de renforcer l'engagement dans l'AP en misant sur le plaisir et l'affect positif ressenti lors de sa pratique (Zabatiero J. et al., 2018 ; Feig et al., 2022). Les patients ont tous rapporté une

meilleure capacité à pratiquer du sport car la perte de poids amenée par l'opération a considérablement diminué les barrières physiques à l'AP. Mettre l'accent sur ces changements positifs, et sur l'obtention de résultats me paraît être une bonne piste pour encourager à une pratique pérenne de l'AP.

Ensuite, un autre changement à effectuer auprès de ces patients au niveau de l'AP est leur perception de l'objectif de celle-ci. L'AP est majoritairement vue principalement comme un moyen de perdre du poids. En conséquence, les patients pourraient avoir tendance à diminuer leur niveau d'AP dès l'atteinte de leur but pondéral. Cependant, la pratique régulière d'une AP est indispensable pour lutter contre une reprise de poids dans le futur. Il faut donc parvenir à faire prendre conscience aux patients des autres avantages de l'AP que juste la perte de poids (Feig et al., 2022 ; Lurbe i Puerto et al., 2023).

Pour atteindre de tels objectifs, il est essentiel de mobiliser à la fois les ressources personnelles du patient, le soutien de son entourage (familial, amical ou constitué de pairs vivant une expérience similaire) ainsi que l'implication de l'équipe pluridisciplinaire, qui joue un rôle clé dans l'éducation à la santé et dans la revalorisation du sens de l'AP au-delà de la seule perte de poids.

De plus, les freins psychosociaux (honte, peur du regard, mémoire des échecs passés) restent puissants, même après une transformation corporelle importante. La peur d'être jugé, les souvenirs d'humiliations passées, ou encore la honte liée à son ancien corps continuent d'entraver l'accès à l'AP. Ces obstacles, bien que moins visibles que les freins physiques ou logistiques, n'en sont pas moins décisifs. Ils sont d'autant plus difficiles à dépasser qu'ils sont rarement abordés dans les dispositifs de soins classiques. Le sport, dans ces conditions, ne peut être réduit à un simple objectif fonctionnel : il doit être envisagé comme un processus d'émancipation corporelle à reconstruire pas à pas, dans un cadre sécurisant, bienveillant et dépourvu de jugement.

Les entretiens révèlent que, si certains patients retrouvent progressivement confiance en eux, d'autres continuent à se percevoir comme « gros », malgré une perte de poids considérable. Ce décalage entre le corps réel et le corps perçu peut alimenter un mal-être silencieux, qui risque de freiner la mise en mouvement. Jawara et al. (2024) rappellent que cette difficulté est encore plus marquée quand l'entourage ne valorise pas les changements ou maintient une image négative de la personne.

Actuellement, le suivi psychologique dans le parcours bariatrique comprend un rendez-vous préopératoire obligatoire avec une psychologue, dont l'avis est nécessaire pour valider l'intervention. En revanche, aucun suivi psychologique n'est systématiquement prévu après l'opération. Il conviendrait donc d'intégrer un accompagnement psychologique spécialisé pour les patients chez qui ces freins sont identifiés. Pour mieux accompagner ces derniers, il serait nécessaire de mettre en place des outils permettant d'identifier ces difficultés psychologiques. Cela pourrait passer par des questionnaires ciblés, intégrés au suivi régulier, ou par une sensibilisation des autres membres de l'équipe (du CSO, mais aussi du réseau de proximité), afin qu'ils puissent orienter les patients vers un soutien psychologique dès l'apparition de signaux d'alerte.

Il conviendrait également d'identifier, dans le système du patient, les ressources humaines susceptibles de l'aider à surmonter ces freins. De plus, une reconnaissance explicite de l'histoire corporelle et de l'obésité comme une maladie chronique dans les discours médicaux et dans les prises en charge permettrait de valider le vécu des patients, de légitimer leurs blocages, et ainsi de mieux les accompagner vers une réappropriation durable de leur corps.

Enfin, malgré la motivation retrouvée après l'intervention, de nombreux patients se heurtent à des freins logistiques qui compliquent la mise en place d'une AP régulière. Les entretiens font état de difficultés financières, du manque de temps ou encore des contraintes de transport. Ces obstacles sont documentés dans la littérature, notamment chez les patients à faible statut socioéconomique. Funk et al. (2023) insistent sur l'injustice structurelle vécue par ces patients, qui disposent de moins de ressources matérielles pour entretenir les bénéfices de la CBM. Ces freins concernent non seulement la pratique sportive elle-même, mais aussi l'accès au suivi post-opératoire et à la RB, en particulier lorsque l'hôpital est éloigné du domicile.

La distance entre le lieu de vie et le centre de soins est d'ailleurs un facteur déterminant dans la continuité du parcours. Selon Jawara et al. (2024), chaque tranche de 16 km supplémentaires entre le domicile et la clinique diminue les chances de participation à un rendez-vous de suivi de 5%, ce qui peut compromettre le maintien de la perte de poids à long terme.

Face à ces constats, plusieurs pistes concrètes peuvent être envisagées pour réduire les inégalités d'accès. Offrir un remboursement ou une subvention pour des activités physiques adaptées, pendant les 12 à 24 mois suivant la CBM, constituerait un levier efficace pour

encourager une pratique régulière. La prescription d'AP sur ordonnance est une voie prometteuse.

Les consultations par téléconférence, lorsqu'elles sont validées par l'établissement de soins, représentent également une alternative pertinente aux consultations en présentiel. Elles offrent plus de flexibilité, réduisent les coûts de déplacement et favorisent donc une meilleure régularité du suivi.

Par ailleurs, des interventions à distance comme le programme GOALS apparaissent particulièrement adaptées pour surmonter les obstacles d'organisation et de disponibilité. Ce programme, entièrement réalisé depuis le domicile, repose sur des appels téléphoniques hebdomadaires accompagnés d'un manuel structuré en dix chapitres. Chaque semaine, les patients effectuent des exercices de réflexion et de planification autour de l'AP (gestion des barrières, fixation d'objectifs SMART), associés à des éléments de psychologie positive (gratitude, valorisation des réussites, identification des émotions positives). Le manuel sert à la fois de base aux échanges avec l'intervenant et de journal de bord personnel, permettant aux patients de suivre leur évolution et d'ancrer progressivement l'AP dans leur quotidien. En misant sur les ressources personnelles et l'environnement immédiat, ce type d'intervention rend l'AP plus accessible, plus attrayante, et plus durable (Feig et al., 2022).

Lurbe I Puerto, K. et al (2023) ont, quant à eux, réalisé une étude afin d'évaluer l'implémentation d'un programme d'intervention en télémédecine destiné à encourager l'AP, en combinant dispositifs numériques, téléconsultations et télémonitoring durant les six premiers mois après une CBM. En pratique, les patients de cette étude bénéficiaient d'une téléconsultation mensuelle dédiée au coaching en AP durant les six premiers mois suivant leur CBM. Ce suivi reposait sur l'utilisation d'outils connectés (une montre-podomètre et un pèse-personne), permettant de monitorer à distance leur AP et leur évolution pondérale. Cette étude n'a pas montré de différence significative entre le groupe de patients coaché pour l'AP et ceux qui ne l'étaient pas. Néanmoins, les participants ont exprimé une appréciation positive des téléconsultations, soulignant l'utilité des conseils personnalisés pour adopter des comportements favorables à une vie quotidienne plus saine.

Pour le suivi à long terme, l'application BELLA testée par Ueter S. et al. (2024) paraît prometteuse. Elle a permis de surmonter certains obstacles fréquemment rencontrés en postopératoire, tout en démontrant une bonne exécution et en suscitant un fort taux de satisfaction, tant chez les patients que chez les PS. L'application propose des réponses

personnalisées en fonction des déclarations du patient : par exemple, si ce dernier indique ne pas pratiquer d'exercice physique régulier, des conseils ciblés lui sont immédiatement suggérés. Des notifications sont également envoyées pour rappeler des comportements clés tels que l'AP, l'adhésion au régime alimentaire ou d'autres habitudes favorisant la perte de poids. Cette application repose sur plusieurs mécanismes complémentaires. D'abord, les rappels fréquents et les retours personnalisés visent à renforcer les comportements positifs indispensables au maintien des bénéfices de la CBM, comme l'AP régulière et une alimentation équilibrée. Ensuite, en assurant un suivi global des différents paramètres de santé, l'application offre un cadre structuré et cohérent, propice à une meilleure gestion du poids.

Cependant, l'e-santé a encore certaines limites, notamment un manque d'interconnexion entre les plateformes, des inquiétudes liées à la protection des données, des inégalités d'accès/de compréhension pour certaines populations, ainsi qu'une possible surcharge administrative pour les PS. Il me paraît donc pertinent de trouver une possibilité de rapprocher le service de santé du patient. Une meilleure articulation du réseau de proximité du patient avec le réseau spécialisé me paraît être une solution adéquate afin de garantir un accompagnement plus accessible pour le patient bariatrique. C'est ce que je vais développer dans le point suivant.

3.2.Limites et pistes d'amélioration

Ce travail présente certaines limites qu'il convient de prendre en compte afin de mieux en évaluer la portée et de dégager des pistes d'amélioration pour de futures recherches.

Tout d'abord, l'étude repose sur un échantillon restreint, ce qui est fréquent en recherche qualitative, mais limite la diversité des profils socioculturels représentés. De plus, tous les participants ont été recrutés au sein d'un même établissement hospitalier. Si ce choix garantit une certaine cohérence dans les contextes de soins, il peut également restreindre la transférabilité des résultats à d'autres structures ou contextes régionaux.

Ensuite, les entretiens ont été réalisés à un moment donné du parcours des patients, sans suivi dans le temps. Cette approche ne permet donc pas de saisir l'évolution de leur rapport à l'activité physique, pourtant centrale dans la question de la durabilité des changements instaurés après une chirurgie bariatrique.

Par ailleurs, l'étude comporte plusieurs biais méthodologiques qu'il est important de considérer dans l'interprétation des résultats :

- Biais de sélection : les participants ont été recrutés par opportunité, et tous étaient en cours de suivi. Cela laisse supposer qu'ils font partie des patients les plus engagés dans leur prise en charge, ce qui pourrait ne pas refléter la réalité de l'ensemble des patients opérés d'une chirurgie bariatrique majeure.
- Biais de réponse : certains participants ont pu être influencés par une volonté de donner des réponses socialement valorisées, en déclarant notamment un bon respect de leur prise en charge, même si cela ne correspond pas à la réalité. Ayant souvent été confrontées à des jugements négatifs ou à de la stigmatisation, les personnes en situation d'obésité peuvent également ressentir une certaine culpabilité, susceptible de fausser leur discours pour éviter un jugement extérieur.
- Biais d'interprétation lors des entretiens : il est possible que certaines questions aient été comprises différemment par les participants, ce qui pourrait entraîner une distorsion dans l'analyse de leurs réponses.
- Biais liés à la formulation des questions : la manière dont les questions ont été posées peut avoir influencé, consciemment ou non, les réponses des participants.
- Biais de confirmation : le chercheur peut involontairement accorder plus de poids aux éléments qui confirment ses hypothèses initiales, en négligeant ceux qui les contredisent.
- Biais d'interprétation dans l'analyse : comme toute analyse qualitative, celle-ci repose en partie sur la subjectivité du chercheur, qui peut être influencé par ses valeurs, expériences personnelles ou représentations.
- Biais de mémoire : le chercheur peut se souvenir plus facilement d'extraits ou d'éléments allant dans le sens de ses conclusions, au détriment d'autres informations tout aussi pertinentes.
- Biais de valorisation : il existe enfin un risque de survaloriser certains témoignages ou récits proches de la sensibilité du chercheur, au détriment d'opinions divergentes ou moins saillantes.

Pour évaluer la rigueur de ma recherche qualitative, je me suis appuyée sur les critères d'analyse de la qualité des études qualitatives formulés par Mays et Pope (2000) :

Triangulation	J'ai eu recours à la triangulation des données en combinant plusieurs démarches : d'une part, en reformulant les propos des participants au cours des entretiens afin de vérifier ma compréhension en temps réel ; d'autre part, en confrontant les résultats de mon analyse à la littérature existante.
Validation par le répondant	J'ai proposé à l'ensemble des participants de leur envoyer la retranscription de leur entretien, et j'ai transmis les résultats de l'étude à ceux qui en ont exprimé le souhait.
Exposé clair des méthodes de collecte et d'analyse des données	Les étapes liées à l'échantillonnage, au recrutement des participants, à la conduite des entretiens ainsi qu'à l'analyse de leur contenu ont été détaillées dans la section méthodologie de ce travail.
Réflexivité	En tant qu'ancienne obèse morbide opérée d'une CBM, j'ai été confrontée à la difficulté de se remettre en mouvement et ait participé à un programme de RB, et j'ai été convaincue de son efficacité. Afin de limiter ce biais, j'ai veillé à intégrer les avis divergent au mien à mon analyse.
Attention portée aux cas négatifs	Lors de mon analyse, j'ai accordé autant d'importance aux points de vue minoritaires qu'aux majoritaires
Traitement équitable des points de vue	La discussion des résultats met en lumière les divergences des points de vue exprimés par les participants.
Pertinence	L'obésité est une maladie chronique mondiale, et le recours à la CBM ne fait qu'augmenter. L'AP est un des facteurs clés pour la réussite à long terme de la CBM, mais les patients intègrent rarement une routine sportive dans leur quotidien.

Ces limites méthodologiques suggèrent plusieurs pistes d'amélioration pour de futurs travaux. Il serait notamment pertinent d'élargir l'échantillon à des patients issus de contextes institutionnels variés, et présentant une plus grande diversité de profils (âge, sexe, statut socio-économique, parcours de soins). Une telle diversification permettrait de renforcer la portée et la transférabilité des résultats. Par ailleurs, l'adoption d'une approche longitudinale, en interrogeant les participants à différents temps de leur parcours (préopératoire, 6 mois, 1 an, etc.), offrirait une compréhension plus fine de l'évolution de leurs comportements, de leur rapport à l'activité physique, ainsi que des dynamiques d'adhésion ou de décrochage dans la durée.

3.3.Recommandations

Afin de faire face aux différents obstacles rencontrés par les patients, il me paraît intéressant de promouvoir l'implication des soins de première ligne dans le suivi au long terme. Le KCE recommande déjà d'impliquer le médecin généraliste (MG) dans le bilan préopératoire, mais ce n'est pas encore appliqué en Belgique.

L'élaboration de réseaux de soins spécialisés en CBM incluant les prestataires de proximité pourrait aider à lutter contre les obstacles relevés par les patients. En cas de CBM, il serait indispensable qu'un membre de ce réseau soit inclus dans le bilan préopératoire. Cela garantirait une meilleure continuité du suivi dès l'entrée dans le parcours. Le KCE recommande que le MG endosse le rôle de « coordinateur bariatrique ». Je pense que celui-ci pourrait aussi être assumé par un infirmier spécialisé dans la PEC de l'obésité. Le nouveau master permettant d'obtenir le titre d'infirmier en pratique avancée peut être une piste à explorer.

La personne centrale de ce réseau serait le coordinateur. Il ferait le lien entre le CSO et la première ligne. Pour rappel, le KCE recommande que le suivi durant les deux premières années postopératoires soit géré par le CSO. Mais ensuite, il faudrait que le relais soit passé à la première ligne. Les CSO ont déjà leur coordinateur interne ; je parle ici bien d'un coordinateur « externe » aux CSO.

Ce coordinateur jouerait un rôle auprès des PS, mais aussi auprès des patients. Pour ces derniers, il serait le point central, la personne de référence à appeler en cas d'interrogation. Il aurait aussi comme rôle primordial de s'assurer de la compréhension des patients de l'importance de leur implication dans leur suivi. Cela permettrait de diminuer le taux d'abandon. L'éducation thérapeutique du patient serait au cœur de son rôle, afin de favoriser

l'empowerment. Grâce à sa relation privilégiée avec le patient, il pourrait aussi identifier les ressources de celui-ci, et les moyens concrets pour les activer.

Le coordinateur contribuerait à l'élaboration d'un plan de soins personnalisé, coordonné et coconstruit avec le patient, qui serait adapté à la situation de celui-ci, à son rythme, et à ses besoins spécifiques, en se servant entre autres du modèle cognitivo-comportemental (voir *Figure 3*). Il pourrait aussi organiser des séances d'information destinées aux patients et à leurs proches, pour renforcer l'implication de l'entourage dans le parcours de soins.

De plus, ce réseau pourrait également servir à mettre en relation des patients, qui prendraient alors le rôle de « patient expert », ou tout simplement de groupe de soutien, de motivation et d'échange d'expériences. L'adhésion du patient à un groupe de patients bariatriques grâce au coordinateur pourrait permettre la « transposition » de l'effet de groupe retrouvé dans la RB, et ainsi aider à la pérennisation des nouvelles habitudes de vie.

Le coordinateur serait aussi le point de contact pour les PS faisant partie du réseau, afin de faciliter le partage et l'actualisation des informations des patients, mais aussi des connaissances. Ainsi, il ferait le lien entre tous les acteurs qui gravitent autour du patient, et ce dernier. Cela permettrait un suivi plus fluide et une meilleure cohérence entre les différents intervenants.

Mais bien sûr, pour que le suivi soit optimal, il faut s'assurer que les MG aient une formation suffisante sur les spécificités des différents types d'obésité (y compris le modèle cognitivo-comportemental) et du suivi approprié. La réalisation de séances d'information par les CSO pourrait répondre à ce besoin. Il faudrait également élaborer un trajet de soin national uniformisé pour les patients bariatriques, afin que les MG puissent se baser sur cette « feuille de route » et s'assurer de la justesse et de l'exhaustivité de leur suivi. Les autres professionnels de la première ligne devraient également être conviés à ces formations.

Une autre contrainte que l'on va rencontrer est le manque de temps et de moyens des MG. Ils croulent généralement déjà sous les consultations, et actuellement leur participation à ces formations n'est pas rémunérée.

En outre, toutes les recommandations de la littérature s'accordent sur l'importance d'un suivi personnalisé. Et qui de mieux qu'un référent de proximité, ancré dans le quotidien du patient et en lien direct avec sa réalité, pour instaurer ce type de suivi individualisé et durable ?

Le transfert du suivi vers la première ligne aurait aussi des effets positifs sur les plans logistique et économique. Tout d'abord, une consultation chez un MG est généralement moins chère que chez un spécialiste. Le transfert de la responsabilité du suivi à la 1ère ligne pourrait déjà diminuer les frais pour les patients. La distance à parcourir pour le patient en serait aussi parfois largement diminuée, car il sera pris en charge par ses PS de proximité.

Ce coordinateur pourrait, à l'avenir, également jouer un rôle de formation auprès de certaines structures comme les maisons médicales, les écoles secondaires, les CPAS, ... afin de former les professionnels de santé et hors santé au repérage précoce des personnes à risque de développer une obésité.

Enfin, bien que ces recommandations concernent principalement les patients opérés, la création d'un tel réseau profiterait à l'ensemble des personnes vivant avec une obésité, peu importe le degré de sévérité. Ce réseau pourrait être activé à tout moment du parcours, y compris en amont d'une intervention, voire sans qu'il y ait d'objectif chirurgical. Il permettrait une approche graduée et adaptée, centrée sur les besoins réels du patient, et favoriserait l'accès aux soins, l'accompagnement individualisé et la lutte contre les inégalités.

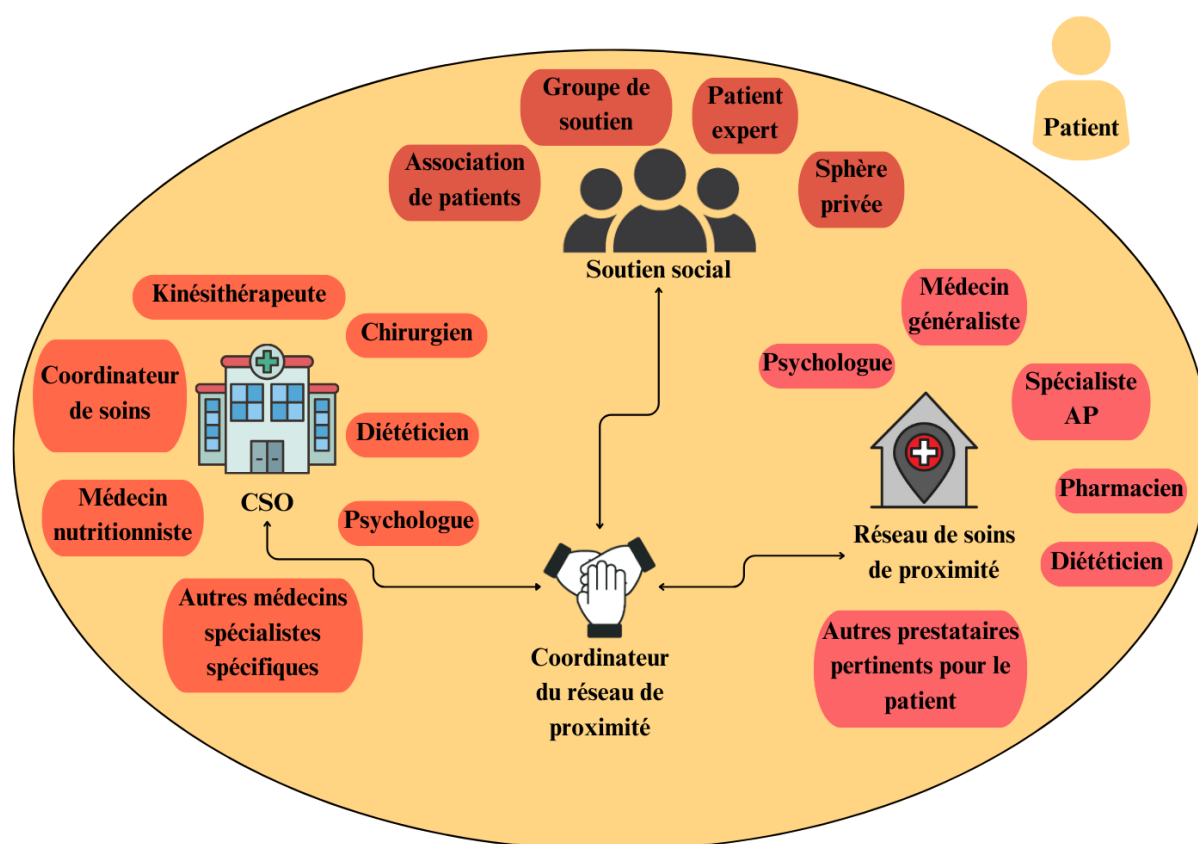


Figure 21 : Système de PEC du patient dans le cadre d'une CBM

Ces recommandations trouvent un écho concret dans le fonctionnement du réseau ROMDES (Réseau Obésité Multidisciplinaire des Départements Franciliens), un réseau de santé régional spécialisé dans l'obésité adulte en Île-de-France. Ce réseau illustre la faisabilité et la pertinence d'un accompagnement structuré, coordonné et de proximité pour les personnes vivant avec une obésité.

Tout comme proposé ici, ROMDES vise à améliorer la coordination du parcours de soins des personnes atteintes d'obésité sévère et en situation complexe, en assurant une continuité entre les différents niveaux de soins. Le réseau agit en appui à l'orientation, au suivi et à l'accompagnement des patients et des professionnels de santé. Il intervient dès les premières phases de la prise en charge, notamment à travers des bilans d'évaluation multidimensionnels (médical, diététique, psychologique, social), ce qui rejoint la recommandation d'impliquer un membre du réseau dès le bilan préopératoire en cas de chirurgie.

Le rôle de coordinateur externe proposé dans ce mémoire s'apparente à celui assuré par ROMDES, qui accompagne les parcours par le biais de programmes d'éducation thérapeutique du patient coconstruits et dispensés en ambulatoire. Ces actions comprennent des consultations individuelles (psychologue, diététicienne) ainsi que des ateliers collectifs, qui contribuent à l'empowerment et au maintien des changements dans la durée.

Le réseau ROMDES est également engagé dans la formation des professionnels de santé, en organisant des formations pluriprofessionnelles et des réunions d'échange de pratiques. Il agit ainsi comme un appui aux professionnels de première ligne, favorisant une meilleure compréhension des spécificités liées à l'obésité et une coordination interdisciplinaire plus fluide.

Enfin, ROMDES ne limite pas son action aux seuls patients opérés. Il participe à la structuration des parcours de santé dans les territoires d'Île-de-France, et développe des coopérations avec les acteurs sociaux, associatifs et sanitaires, afin de renforcer le repérage précoce et l'inclusion de tous les patients concernés par l'obésité, quel que soit le degré de sévérité (Raison J., 2021).

4. Conclusion

Ce mémoire visait à comprendre comment renforcer l'adhésion à l'activité physique après une chirurgie bariatrique, et plus particulièrement à travers la revalidation bariatrique.

L'activité physique s'impose comme un pilier fondamental du succès à long terme de la chirurgie bariatrique. Pourtant, elle reste difficile à intégrer durablement sans accompagnement adapté. La revalidation bariatrique, lorsqu'elle est proposée, accessible et adaptée, constitue un facilitateur particulièrement efficace : elle permet d'enclencher un cercle vertueux d'adhésion en travaillant sur la motivation, la confiance corporelle et le plaisir de bouger. Toutefois, elle n'est pas la seule voie possible. D'autres leviers peuvent également soutenir une reprise d'activité physique durable, notamment le suivi médical bienveillant, l'encouragement par les proches, ou encore la dynamique de groupe. Ces facteurs, lorsqu'ils sont présents, peuvent compenser l'absence d'un encadrement formel et jouer un rôle tout aussi déterminant dans la mise en mouvement.

À l'inverse, de nombreux freins subsistent : douleurs articulaires, fatigue, peur de se blesser, manque de temps ou de moyens, mais aussi une méconnaissance des dispositifs existants, une motivation fluctuante et un certain isolement. Le défi réside donc dans l'activation, autour de chaque patient, des soutiens disponibles pour l'aider à franchir ces obstacles.

Les résultats des études sur le sujet ont montré que les patients ayant bénéficié d'un accompagnement global pré et post-opératoire, incluant un programme de changement des habitudes de vie, sont ceux qui obtiennent les meilleurs résultats à long terme. Il apparaît dès lors essentiel de promouvoir une approche continue et personnalisée, centrée sur la personne, qui intègre pleinement les dimensions physiques, psychologiques et sociales de l'accompagnement.

Dans cette perspective, ajouter une évaluation préopératoire systématique par un kinésithérapeute pourrait être envisagée. Celle-ci permettrait d'objectiver les capacités physiques, les éventuelles limitations fonctionnelles ou douleurs musculosquelettiques, mais aussi de sensibiliser le patient à l'importance de l'activité physique dès cette phase préparatoire.

Le conseil en activité physique et la prescription d'exercices doivent donc être pleinement individualisés, en fonction des besoins, des capacités et des attentes de chaque patient. Qu'il s'agisse de stabiliser le poids, d'améliorer la qualité de vie, de prévenir les comorbidités, de préserver la masse musculaire ou de recréer du lien social, les objectifs poursuivis varient

d'une personne à l'autre. Pour structurer cet accompagnement, la stratégie des 5A (Demander, Évaluer, Conseiller, Accepter, Assister) offre un cadre simple, adaptable et centré sur la relation thérapeutique.

Mais encore faut-il que les conditions structurelles soient réunies. Aujourd'hui, les professionnels de santé manquent souvent de temps, de soutien institutionnel, et les soins multidisciplinaires restent peu financés. S'ajoute à cela un déficit de formation spécifique, tant sur la prise en charge multifactorielle de l'obésité que sur l'accompagnement postopératoire des patients ayant subi une chirurgie bariatrique. Cette méconnaissance nuit à la cohérence des parcours et à la qualité du suivi. À ces limites s'ajoute la stigmatisation persistante de l'obésité, parfois présente jusque dans les pratiques de soins elles-mêmes.

Au-delà de ces constats, ce travail met en lumière un enjeu central : ancrer durablement une pratique sportive ne dépend pas uniquement de la volonté individuelle ou de l'accès à un programme. Cela suppose une transformation du rapport au corps, un accompagnement bienveillant et une expérience corporelle valorisante. La revalidation devient alors un levier non seulement physique, mais aussi symbolique, pour réapprendre à habiter son corps autrement. Les témoignages recueillis montrent combien ce processus peut être soutenu par un cadre structurant, progressif et collectif, et combien il peut au contraire s'essouffler en l'absence de relais adaptés.

Ces constats ouvrent des perspectives concrètes d'amélioration : systématiser la revalidation bariatrique dans tous les hôpitaux, informer davantage les patients en amont de l'opération, former les professionnels à l'accompagnement spécifique de cette population, renforcer la coordination interdisciplinaire, développer des formats innovants (groupes de soutien, séances collectives, plateformes numériques). L'éducation thérapeutique pourrait aussi intégrer plus explicitement l'activité physique comme un pilier à part entière, au même titre que la nutrition ou le soutien psychologique.

En conclusion, il me paraît intéressant d'élargir le concept de revalidation bariatrique à celui de « **réadaptation bariatrique** ». En effet, la réussite d'une CBM dépend de nombreux facteurs, dont la reprise d'une AP régulière et sur le long terme. Cependant, celle-ci va être influencée par l'état psychologique du patient, la présence d'un soutien, une nutrition suffisante pour permettre l'effort physique... Ces dimensions étant profondément interconnectées, il me semble illusoire de les aborder de manière isolée. Cela souligne d'autant plus la nécessité d'un accompagnement global et coordonné, où le rôle du réseau de

soins et d'un coordinateur dédié prend tout son sens pour assurer une PEC cohérente et continue.

Cette approche de réadaptation bariatrique devrait être appliquée dès la phase préopératoire afin d'en maximiser les chances de succès. Ceci concorde avec les recommandations du KCE, qui préconisent le suivi d'un programme de préparation préopératoire qui vise à informer le patient sur la chirurgie, ses risques et les changements de mode de vie nécessaires. Il comprend une éducation adaptée (individuelle et/ou en groupe), un accompagnement nutritionnel et psychologique/psychiatrique pour s'assurer de la motivation et des capacités du patient à modifier ses habitudes de vie, ainsi qu'un encouragement à l'AP selon les capacités du patient (Van den Heede K. et al., 2020).

De la même manière, la phase postopératoire doit s'inscrire dans une logique de continuité et de soutien global. Le KCE recommande un suivi multidisciplinaire structuré et adapté aux besoins spécifiques du patient et au type d'intervention réalisée. En complément, un accompagnement plus individualisé peut être mis en place selon le principe du *stepped care*, en mobilisant différents professionnels (kinésithérapeutes, psychologues, diététiciens, etc.) pour répondre aux problématiques identifiées : sédentarité persistante, troubles alimentaires, carences nutritionnelles, difficultés psychologiques ou encore troubles liés à l'image corporelle (Van den Heede K. et al., 2020). Cette approche graduée permet d'intervenir de façon ciblée tout en assurant une cohérence dans la trajectoire de soin du patient. Elle s'inscrit pleinement dans une vision intégrée de la réadaptation bariatrique, dans laquelle les dimensions médicales, psychologiques, sociales et comportementales sont prises en compte de manière conjointe et coordonnée.

L'itinéraire de soins national pour la CBM du KCE est encore trop peu appliqué. Il serait judicieux d'y intégrer davantage les PS de proximité, et ce dès la phase préopératoire.

L'intégration des réseaux locaux de soins, déjà préconisée pour les médecins généralistes, gagnerait à être étendue au coordinateur du réseau, afin d'évaluer dès le départ les ressources disponibles dans l'environnement du patient et de mieux anticiper les besoins pour la suite du parcours. Ce lien direct entre le terrain et l'hôpital favoriserait une meilleure coordination, une évaluation plus individualisée et une transition plus fluide entre les différentes étapes du parcours de soins.

Au fil de ce travail, l'objectif initial (identifier les leviers de l'adhésion à l'activité physique) s'est élargi. D'autres enjeux sont apparus : l'importance de l'approche centrée sur la personne,

la continuité du parcours de soins, la gouvernance adaptée au contexte local. C'est à la croisée de ces dimensions que se dessine une prise en charge véritablement efficace, humaine et durable.

Il me paraît également important de faire un aparté dans cette conclusion. L'obésité est une maladie chronique multifactorielle, avec entre autres des causes environnementales. Ainsi, les professionnels de la santé et les patients ne sont pas les seuls à devoir être impliqués dans la lutte contre cette épidémie. Les politiques ont également un rôle à jouer, car l'obésité est un réel problème de santé publique. Des stratégies pour promouvoir une alimentation plus saine et un mode de vie plus actif sont à mettre en place. Ces actions doivent suivre un axe de prévention, mais également d'action, avec par exemple une taxe sur les produits alimentaires ultra-transformés, ou des lois pour réduire l'exposition aux perturbateurs endocriniens.

BIBLIOGRAPHIE

- Abderrahmani, A. (2021). Épigénétique et obésité. In *Les Obésités* (p. 115-118). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00022-9>
- Aron-Wisnewsky, J., & Disse, E. (2021). Parcours préopératoire. In *Les Obésités* (p. 541-545). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00096-5>
- Avignon, A. (2021). E-santé et obésité. In *Les Obésités* (p. 679-681). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00118-1>
- Bellicha, A., Ciangura, C., Poitou, C., Portero, P., & Oppert, J.-M. (2018). Activité physique et chirurgie bariatrique : Quand ? Quoi ? Comment ? Avec quelle efficacité ? Que dit la littérature? *Nutrition Clinique et Metabolique*, 32(4), 246.
- Bellicha, A., Ciangura, C., Poitou, C., Portero, P., & Oppert, J. - M. (2018). Effectiveness of exercise training after bariatric surgery—A systematic literature review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 19(11), 1544-1556. <https://doi.org/10.1111/obr.12740>
- Bellicha, A., Ciangura, C., Roda, C., Torcivia, A., Aron-Wisnewsky, J., Poitou, C., & Oppert, J.-M. (2022). Effect of exercise training after bariatric surgery : A 5-year follow-up study of a randomized controlled trial. *PLOS ONE*, 17(7), e0271561.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271561>
- Bellicha, A., Oppert, J.-M., & Ciangura, C. (2021). Rôle et adaptation de l'activité physique. In *Les Obésités* (p. 443-446). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00078-3>
- Björklund, P., & Fändriks, L. (2019). The pros and cons of gastric bypass surgery – The role of the Roux limb. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 40-41.
<https://doi.org/10.1016/j.bpg.2019.101638>
- Boland, P., & Gregoire, J. (2020). Quelle est l'influence de l'activité physique après une chirurgie bariatrique sur la composition corporelle, la qualité de vie, la sensibilité à l'insuline, l'ostéoporose et les risques cardio-vasculaires? Une revue systématique. Faculté des sciences de la motricité, Université catholique de Louvain, 2020. Prom. : Everard Florie.
<http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:23616>
- Bonnefond, A., & Froguel, P. (2021). Génétique. In *Les Obésités* (p. 123-127). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00024-2>

- Bougoussa, Imane. *L'adaptation thérapeutique lors de l'administration de médicaments a des patients ayant subi une chirurgie bariatrique*. Faculté de pharmacie et sciences biomédicales, Université catholique de Louvain, 2024. Prom. : Imane Bougoussa.
- Bronchain, Charline. *Chirurgie bariatrique, du rêve à la réalité : Comment les patients vivent-ils la prise en charge de l'obésité par la chirurgie bariatrique ? Etude du vécu de ces patients et réflexion sur le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement de ces patients*. Faculté de médecine et médecine dentaire, Université catholique de Louvain, 2020. Prom. : Chevalier, F. ; de Rouffignac, Ségolène.
- Busetto, L., Dicker, D., Azran, C., Batterham, R. L., Farpour-Lambert, N., Fried, M., Hjelmæsæth, J., Kinzl, J., Leitner, D. R., Makaronidis, J. M., Schindler, K., Toplak, H., & Yumuk, V. (2017). Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management. *Obesity Facts*, 10(6), 597-632. <https://doi.org/10.1159/000481825>
- Caroline M. Apovian, M. D. (2016). *Obesity : Definition, Comorbidities, Causes, and Burden*. 22. <https://www.ajmc.com/view/obesity-definition-comorbidities-causes-burden>
- Charreire, H., & Oppert, J.-M. (2021). Facteurs environnementaux. In *Les Obésités* (p. 39-42). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00008-4>
- Cheroutre, C. (2021). Améliorer la prise en charge de l'obésité en chirurgie bariatrique : Évaluation d'un programme d'intervention basé sur les thérapies émotionnelles cognitives et comportementales et s'appuyant sur la théorie de l'autodétermination. Etude ACROBAT. Université de Lille.
- Chevallier, J.-M., Arienzo, R., & Pacini, F. (2021). Indications chirurgicales. In *Les Obésités* (p. 533-536). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00094-1>
- Chirec Hospital group (Réalisateur). (2021, octobre 5). *Revalidation obésité et chirurgie bariatrique—Sous titres FR*. <https://www.youtube.com/watch?v=d8Gv-XCNIkk>
- Cho, Y.-H., Lee, Y., Choi, J. I., Lee, S. R., & Lee, S. Y. (2023). Weight loss maintenance after bariatric surgery. *World Journal of Clinical Cases*, 11(18), 4241-4250. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v11.i18.4241>

- Civi Karaaslan, T., Leblebici, G., Ucgul, M. S., Yilmaz, M., Kalayci, M. G., & Kuran Aslan, G. (2020). Exercise Program in Patients After Bariatric Surgery : A Systematic Review. *Bariatric Surgical Practice and Patient Care*, 15(1), 3-10. <https://doi.org/10.1089/bari.2019.0048>
- Cornejo-Pareja, I., Molina-Vega, M., Gómez-Pérez, A. M., Damas-Fuentes, M., & Tinahones, F. J. (2021). Factors Related to Weight Loss Maintenance in the Medium–Long Term after Bariatric Surgery : A Review. *Journal of Clinical Medicine*, 10(8), 1739. <https://doi.org/10.3390/jcm10081739>
- Coupaye, M. (2011). Que faire en cas de reprise pondérale apres chirurgie bariatrique? Réalités en nutrition et en diabétologie, 36, 35-36.
- Dargent, J. (2021). Résultats sur le poids. In *Les Obésités* (p. 585-589). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00103-X>
- De Pauw, R., Claessens, M., Gorasso, V., Drieskens, S., Faes, C., & Devleeschauwer, B. (2022). Past, present, and future trends of overweight and obesity in Belgium using Bayesian age-period-cohort models. *BMC Public Health*, 22(1), 1309. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13685-w>
- Dcaux, C. (2020). Prise en charge masso kinésithérapique des patients obèses bénéficiants d’une chirurgie bariatrique. Institut régional de formation aux métiers de la rééducation et la réadaptation.
- Desport, J.-C., Batisse, T., Sanguignol, F., Jésus, P., Fayemend, P., & Ziegler, O. (2021). Centres spécialisés de l’obésité (CSO). In *Les Obésités* (p. 473-481). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00084-9>
- Desport, J.-C., Batisse, T., Sanguignol, F., Jésus, P., Fayemend, P., & Ziegler, O. (2021). Centres spécialisés de l’obésité (CSO). In *Les Obésités* (p. 473-481). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00084-9>
- Dieffenbronn, E. (2018). Effets immédiats d’un séjour de motivation à l’activité physique et de préparation à la chirurgie bariatrique sur la satisfaction, l’image corporelle et la qualité de vie. université de Lorraine.
- Durrer-Schutz, D. (2021). Éducation thérapeutique. In *Les Obésités* (p. 457-462). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00081-3>

Echelles de soins. (s. d.). Consulté 13 décembre 2023, à l'adresse

<https://belraiwiki.health.belgium.be/fr/attach/Download/Echelles%20de%20soins.pdf>

Faintuch, J & Souza, Shirley & Fabris, Sonia & Cecconello, Ivan & Capodaglio, Paolo. (2013). Rehabilitation needs after bariatric surgery. *European journal of physical and rehabilitation medicine.* 49. 431-437.

Faucher, P., & Poitou, C. (2016). Physiopathologie de l'obésité. *Revue du Rhumatisme Monographies*, 83(1), 6-12.

Feig, E. H., Harnedy, L. E., Thorndike, A. N., Psaros, C., Healy, B. C., & Huffman, J. C. (2022). A Positive Emotion–Focused Intervention to Increase Physical Activity After Bariatric Surgery : Protocol for a Pilot Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 11(10), e39856. <https://doi.org/10.2196/39856>

Ferrario, C., Pralong, F., Daeppen, J., & Favre, L. (2016). Chirurgie bariatrique et risque accru de dépendance à l'alcool. *Revue médicale Suisse*, 12, 602-605.

Fossati, C., Torre, G., Vasta, S., Giombini, A., Quaranta, F., Papalia, R., & Pigozzi, F. (2021). Physical Exercise and Mental Health : The Routes of a Reciprocal Relation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12364. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312364>

Founis, G., Denès, D., Mesu, C., Brière, M., Garré, J., & Gohier, B. (2014). Obésité et bypass gastrique, impact sur la qualité de vie et le risque suicidaire. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172(9), 721-726.

Fuller, N. R., Colagiuri, S., Schofield, D., Olson, A. D., Shrestha, R., Holzapfel, C., Wolfenstetter, S. B., Holle, R., Ahern, A. L., Hauner, H., Jebb, S. A., & Caterson, I. D. (2013). A within-trial cost-effectiveness analysis of primary care referral to a commercial provider for weight loss treatment, relative to standard care—An international randomised controlled trial. *International Journal of Obesity (2005)*, 37(6), 828-834. <https://doi.org/10.1038/ijo.2012.139>

Funk, L. M., Alagoz, E., Murtha, J. A., Breuer, C. R., Pati, B., Eierman, L., Jawara, D., Farrar-Edwards, D., & Voils, C. I. (2023). Socioeconomic disparities and bariatric surgery outcomes : A qualitative analysis. *The American Journal of Surgery*, 225(4), 609-614. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2022.09.049>

- Gorasso, V., Moyersoen, I., Van Der Heyden, J., De Ridder, K., Vandevijvere, S., Vansteelandt, S., De Smedt, D., & Devleesschauwer, B. (2022). Health care costs and lost productivity costs related to excess weight in Belgium. *BMC Public Health*, 22(1), 1693.
<https://doi.org/10.1186/s12889-022-14105-9>
- Graillat, L., Ritz, p, montastier, E., Estrade, A., Bertrand, M., Tuyeras, G., & Brinas, P. (2022). L'évolution de la masse maigre après chirurgie bariatrique : Les données actuelles dans la littérature. *Nutrition Clinique et Metabolique*, 36(1), 524.
- HAS (2024). Surpoids-obésité de l'adulte : 20 messages clés pour améliorer les pratiques. Saint-Denis La Plaine
- HAS. (2019a). Bypass gastrique en Oméga. Rapport d'évaluation technologique.
- HAS. (2019b). Traitement chirurgical de l'obésité sévère et massive par court-circuit (bypass) gastrojéjunal avec anse en oméga. Rapport d'évaluation technologique.
- Jacobi, D., Ciangura, C., Couet, C., & Oppert, J.-M. (2010). Activité physique et perte de poids après chirurgie bariatrique. *Obésité*, 4(5), 120-135.
- Jarlborg, P., Megevand, J. M., Pralong, F., & Henicke, J. M. (2019). Chirurgie bariatrique : Sleeve gastrectomy ou bypass gastrique, comment choisir? *Revue médicale Suisse*, 15, 618-621.
- Jawara, D., Alagoz, E., Lauer, K. V., Voils, C. I., & Funk, L. M. (2024). Exploring Social Support Dynamics After Bariatric Surgery : Insights From Patients and Providers. *Journal of Surgical Research*, 299, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2024.03.047>
- Joly, A.-S. (2021). Associations de patients en situation d'obésité. In *Les Obésités* (p. 503-507). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00089-8>
- Kim, M. J., Barouki, R., & Chevalier, N. (2021). Polluants, perturbateurs endocriniens et obésité. In *Les Obésités* (p. 109-114). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00021-7>
- King, W. C., & Bond, D. S. (2013). The Importance of Pre and Postoperative Physical Activity Counseling in Bariatric Surgery. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 41(1), 26–35.
<https://doi.org/10.1097/JES.0b013e31826444e0>
- Kloock, S., Ziegler, C. G., & Dischinger, U. (2023). Obesity and its comorbidities, current treatment options and future perspectives : Challenging bariatric surgery? *Pharmacology & Therapeutics*, 251, 108549. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2023.108549>

- La Chirec Obesity Clinic à Delta, Auderghem | CHIREC Pro.* (2020, octobre 12). Consulté 8 décembre 2023 à l'adresse <https://www.chirecpro.be/fr/news/la-chirec-obesity-clinic-a-delta-auderghem>
- La Grimaldi, A., Caillé, Y., Pierru, F., & Tabuteau, D. (2017). Deuxième maladie. Paris : Odile Jacob, pp. 63–74.
- Lazzati, A. (2023). Épidémiologie de la prise en charge chirurgicale de l'obésité. *Journal de Chirurgie Viscérale*, 160(2), S3-S7.
- Leppäkorpi, T., Nurme, K., & Kauranen, K. (2020). Physical therapy necessities after bariatric surgery. *LAB University of Applied Sciences*.
- Lingvay, I., Cohen, R. V., Roux, C. W. L., & Sumithran, P. (2024). Obesity in adults. *The Lancet*, 404(10456), 972-987. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01210-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01210-8)
- Lopes, K. G., Das Graças Coelho De Souza, M., Da Costa Tavares Bezerra, M., Bessa, L. M., Farinatti, P., Bouskela, E., Madeira, M., & Kraemer-Aguiar, L. G. (2022). Effects of physical training on physical and functional fitness, physical activity level, endothelial function, hemodynamic variables, bone metabolism, and quality of life of post-bariatric patients : Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 733. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06677-z>
- Louwagie, P., Neyt, M., Dossche, D., Camberlin, C., Ten Geuzendam, B., Van Den Heede, K., & Van Brabandt, H. (2019). *Efficacité, sécurité et coût-efficacité de La chirurgie de l'obésité* (316Bs). KCE.
- Lurbe I Puerto, K., Bruzzi, M., Rives-Lange, C., Poghosyan, T., Bretault, M., Chatellier, G., Vilfaillot, A., Chevallier, J.-M., Czernichow, S., & Carette, C. (2023). MyGood Trip, a Telemedicine Intervention for Physical Activity Recovery After Bariatric Surgery : Randomized Controlled Trial. *JMIR Formative Research*, 7, e26077. <https://doi.org/10.2196/26077>
- Lydecker, J. A., & Grilo, C. M. (2018). Comparing men and women with binge-eating disorder and co-morbid obesity. *The International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 411-417. <https://doi.org/10.1002/eat.22847>
- Manco, A. A. (2022). Obésité, chirurgie bariatrique et inégalités étnosociales : Éclairer les besoins de recherche en Belgique. *Revue Médicale de Bruxelles*, 43, 487-494.

- Manifest, T. (s. d.). *CHIREC Obesity Clinic—Chirec*. Consulté 8 décembre 2023, à l'adresse <https://chirec.be/fr/chirec-obesity-clinic/>
- Matta, J., Carette, C., Rives-Lange, C., & Czernichow, S. (2021). Épidémiologie de l'obésité en France et dans le monde. In *Les Obésités* (p. 7-11). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00002-3>
- Mays, N. (2000). Qualitative research in health care : Assessing quality in qualitative research. *BMJ*, 320(7226), 50-52. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7226.50>
- Mboyato, S., Somasse, E., & Coppieters, Y. (2012). Analyse qualitative des facteurs favorisant le recours au bypass gastrique. *Revue Médicale de Bruxelles*, 33, 357-365.
- Morana, C., & Nocca, D. (2017). Protocole de rééducation fonctionnelle après chirurgie bariatrique. *Kinésithérapie la Revue*.
- Morana, C., Collignon, M., & Nocca, D. (2018). Effectiveness of a functional rehabilitation program after bariatric surgery : A pilot study. *Obesity Surgery*.
- Murai, I. H., Roschel, H., Dantas, W. S., Gil, S., Merege-Filho, C., de Cleve, R., de Sa-Pinto, A. L., Lima, F., Santo, M. A., Benatti, F. B., Kirwan, J. P., Pereira, R. M., & Gualano, B. (2019). Exercise Mitigates Bone Loss in Women With Severe Obesity After Roux-en-Y Gastric Bypass: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 104(10), 4639–4650. <https://doi.org/10.1210/jc.2019-00074>
- Musso, S. (2013). Activité physique et chirurgie bariatrique. *Diabète et Obésité*, 8(72).
- Mutualité Libres. (2016). La chirurgie bariatrique en Belgique. Analyse descriptive de la prévalence et des coûts en 2016.
- NOSRANI, S. E., TARTIBIAN, T., ESLAMI, R., FARINHA, C., SERRANO, J., FERREIRA, J. P., & TEXEIRA, A. M. (2023). The Effects of Combined Aquatic Exercise on Physical Performance and Metabolic Indices in Overweight Healthy Older Adults. *International Journal of Exercise Science*, 16(4). <https://doi.org/10.70252/SOQT4818>
- OMS. *Obésité et surpoids*. (s. d.). Consulté 23 février 2023, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Opération du Bypass Gastrique—Medicaim.com*. (s. d.). Consulté 6 avril 2025, à l'adresse <https://www.medicaim.com/fr/procedure/operation-du-bypass-gastrique>

- Oppert, J.-M. (2021). Définitions. In *Les Obésités* (p. 3-6). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00001-1>
- Oppert, J.-M., Bellicha, A., & Ciangura, C. (2021). Physical activity in management of persons with obesity. *European Journal of Internal Medicine*, 93, 8-12. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2021.04.028>
- Osland, E., Yunus, R. M., Khan, S., Memon, B., & Memon, M. A. (2017). Weight Loss Outcomes in Laparoscopic Vertical Sleeve Gastrectomy (LVSG) Versus Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass (LRYGB) Procedures : A Meta-Analysis and Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques*, 27(1), 8-18. <https://doi.org/10.1097/SLE.0000000000000374>
- Pailler, Constance. *L'intérêt de l'activité physique avant la chirurgie bariatrique sur la qualité de vie des patients*. Faculté des sciences de la motricité, Université catholique de Louvain, 2021. Prom. : Céline Manise.
- Pataky, Z., Locatelli, L., Jung, M., & Golay, A. (2016). Pas tous égaux devant le bypass gastrique. *Revue médicale Suisse*, 12, 597-601.
- Phelps, N. H., Singleton, R. K., Zhou, B., Heap, R. A., Mishra, A., Bennett, J. E., Paciorek, C. J., Lhoste, V. P., Carrillo-Larco, R. M., Stevens, G. A., Rodriguez-Martinez, A., Bixby, H., Bentham, J., Di Cesare, M., Danaei, G., Rayner, A. W., Barradas-Pires, A., Cowan, M. J., Savin, S., ... Ezzati, M. (2024). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022 : A pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, 403(10431), 1027-1050. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2)
- Pouwels, S., Sanches, E. E., Cagiltay, E., Severin, R., & Philips, S. A. (2020). Perioperative Exercise Therapy in Bariatric Surgery : Improving Patient Outcomes. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 13, 1813-1823. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S215157>
- Quillot, D., Roché, G., Mohebbi, H., Sirvaux, M. A., Bohme, P., & Ziegler, O. (2010). Prise en charge de l'obésité de l'adulte. *La Presse Médicale*, 39(9), 930-944.
- Raison, J. (2021). Réseaux et prise en charge de l'obésité de l'adulte. In *Les Obésités* (p. 483-485). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00085-0>

- Remboursement en chirurgie de l'obésité : Pour qui et comment ?* (s. d.). Consulté 25 octobre 2023, à l'adresse <https://www.obesitebelgique.be/page/remboursement-chirurgie-operation-traitement-obesite-bypass-sleeve-belgique.html>
- Ritz, p, montastier, E., Becouarn, G., Berard, E., Guyonnet, S., & Topart, P. (2015). Bypass gastrique chez les plus de 60ans : Complications, perte de poids et rémission des comorbidités. *Diabète et Metabolisme*, 41, A97.
- Rubino, D., Abrahamsson, N., Davies, M., Hesse, D., Greenway, F. L., Jensen, C., Lingvay, I., Mosenzon, O., Rosenstock, J., Rubio, M. A., Rudofsky, G., Tadayon, S., Wadden, T. A., Dicker, D., STEP 4 Investigators, Friberg, M., Sjödin, A., Dicker, D., Segal, G., ... Warren, M. L. (2021). Effect of Continued Weekly Subcutaneous Semaglutide vs Placebo on Weight Loss Maintenance in Adults With Overweight or Obesity: The STEP 4 Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 325(14), 1414. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.3224>
- Safaei, M., Sundararajan, E. A., Driss, M., Boulila, W., & Shapi'i, A. (2021). A systematic literature review on obesity : Understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. *Computers in Biology and Medicine*, 136, 104754. <https://doi.org/10.1016/j.combiomed.2021.104754>
- Sanguinol, F. (2021). Établissement de soins de suite et réadaptation et obésité. In *Les Obésités* (p. 499-501). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00088-6>
- Schlienger, J. L. (2010). Conséquences pathologiques de l'obésité. *La Presse Médicale*, 39(9), 913-920.
- Sharma, A. M. (2012). *Edmonton Obesity Staging System (EOSS)* [Support de cours]. Faculté de médecine et dentisterie, Université d'Alberta.
- Stults-Kolehmainen, M. A., Bond, D. S., Richardson, L. A., Herring, L. Y., Mulone, B., Garber, C. E., Morton, J., Ghiassi, S., Duffy, A. J., Balk, E., Abolt, C. J., Howard, M. C., Ash, G. I., Williamson, S., Marcon, E. R., De Los Santos, M., Bond, S., Huehls, J., Alowaish, O., ... Gualano, B. (2024). Role of the exercise professional in metabolic and bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 20(1), 98-108. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2023.09.026>
- Stults-Kolehmainen, Matthew & Ash, Garrett. (2021). The Role of the Exercise Professional in Bariatric Surgery.

- Suter, M., & Giusti, V. (2005). Chirurgie de l'obésité : Indications, techniques, perte pondérale et complications. *Revue médicale Suisse*, 1, 832-836.
- Te, V. (2016). Impact de la chirurgie bariatrique sur la dépression, l'estime de soi et la qualité de vie sexuelle chez les femmes. *Médecine humaine et pathologie*.
- Trimbur, M., Plancke, L., & Sibeoni, J. (2021). Réaliser une étude qualitative en santé : Guide méthodologique. *Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France*.
- Ueter, S., Taebi, N., Weiß, C., Hetjens, M., Reissfelder, C., Blank, S., Otto, M., & Yang, C. (2024). Study protocol for a non-inferiority, multicenter, randomized study to evaluate a smartphone app-based follow-up program after bariatric surgery (BELLA plus trial). *Contemporary Clinical Trials*, 144, 107615. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2024.107615>
- Van den Heede Koen, Ten Geuzendam Belinda, Dossche Dorien, Janssens Sabine, Louwagie Peter, Vanderplanken Kirsten, Jonckheer Pascale. Chirurgie de l'obésité: Organisation et Financement des soins pré- et postopératoires. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2020. KCE Reports 329B. DOI: 10.57598/R329BS.
- Van Den Heede, K., Ten Geuzendam, B., Dossche, D., Janssens, S., Louwagie, P., Vanderplanken, K., & Jonckheer, P. (2020). *Chirurgie de l'obésité : Organisation et Financement des soins pré- et postopératoires: Synthèse*. KCE = Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg = Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé = Belgian Health Care Knowledge Centre. <https://doi.org/10.57598/R329BS>
- Verkindt, H. (2021). Suivi médical après chirurgie bariatrique. In *Les Obésités* (p. 557-560). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00099-0>
- Vibarel-Rebot, Nancy; Boustani, Roland; Brulaire, Sylvain; Collomp, Katia . (2018). *Effet d'un programme d'activité physique sur la composition corporelle, la condition physique et la qualité de vie de sujets opérés d'une chirurgie bariatrique*. *Science & Sports*, 33(), S13–S14. doi:10.1016/j.scispo.2018.03.011
- Vignot, M., Oppert, J.-M., Basdevant, A., & Clément, K. (2018). Adhésion au suivi après chirurgie bariatrique : Identification des facteurs de non-observance dans une cohorte de 207 patients obèses sévères opérés. Évaluation de l'adhésion du patient obèse sévère au suivi post

chirurgie bariatrique: *Recherche en soins infirmiers*, N° 134(3), 70-77.

<https://doi.org/10.3917/rsi.134.0070>

Voican, C. S., Lebrun, A., Maitre, S., Lainas, P., Lamouri, K., Njike-Nakseu, M., Gaillard, M., Tranchart, H., Balian, A., Dagher, I., Perlemuter, G., & Naveau, S. (2018). Predictive score of sarcopenia occurrence one year after bariatric surgery in severely obese patients. *PLOS ONE*, 13(5). [https://doi.org/10.1371/journal.pone.13\(5\)](https://doi.org/10.1371/journal.pone.13(5)).

Waysfeld, B. (2021). Facteurs psychologiques. In *Les Obésités* (p. 129-133). Elsevier.

<https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00025-4>

Willems, Angela. *Comment organiser la collaboration entre les médecins généralistes et l'équipe de concertation multidisciplinaire de chirurgie bariatrique lors de l'évaluation préopératoire à Bruxelles ? Etude par consensus d'experts selon la méthode Delphi*. Faculté de médecine et médecine dentaire, Université catholique de Louvain, 2023. Prom. : Gillet, Anne.

Yumuk, V., Tsigos, C., Fried, M., Schindler, K., Busetto, L., Micic, D., & Toplak, H. (2015).

European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obesity Facts*, 8(6), 402-424.

<https://doi.org/10.1159/000442721>

Zabatiero, J., Smith, A., Gucciardi, D. F., Hamdorf Am, J. M., Taylor, S. F., & Hill, K. (2021).

Patterns of Change in Device-Based Physical Activity and Sedentary Time Following Bariatric Surgery : A Longitudinal Observational Study. *Obesity Surgery*, 31(7), 3015-3025.

<https://doi.org/10.1007/s11695-021-05337-6>

Ziegler, O., & Böhme, P. (2021). Éducation thérapeutique pour l'obésité : Démarche, enjeux et rôle de l'équipe de soins. In *Les Obésités* (p. 401-410). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00071-0>

Ziegler, O., & Oppert, J.-M. (2021). Objectifs de la prise en charge médicale chez l'adulte. In *Les Obésités* (p. 411-416). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00072-2>

Ziegler, O., Clément, K., & Aron-Wisnewsky, J. (2021). Histoire naturelle et trajectoires des obésités. In *Les Obésités* (p. 137-146). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-76753-1.00026-6>

ANNEXES

Annexe 1 : Classification EOSS (Chevallier J.-M. et al., 2021)

Stade 0	Pas de facteur de risque apparent (par expression sanguine, lipides sériques, glycémie à jeun dans les normes), pas de signes cliniques, psychopathologiques, ni de limitations fonctionnelles et/ou d'atteinte de la qualité de vie liées à l'obésité.
Stade 1	Présence d'un facteur de risque lié à l'obésité infraclinique (par exemple, début d'hypertension, état prédiabétique, augmentation des enzymes hépatiques), signes cliniques modérés (par exemple, dyspnée après exercice modéré, douleurs occasionnelles, fatigue), discrète atteinte psychopathologique, discrète limitation des mouvements et/ou discrète atteinte de la qualité de vie
Stade 2	Présence d'une maladie chronique établie liée à l'obésité (par exemple, hypertension artérielle, diabète de type 2, apnées du sommeil, arthrose), limitation modérée de l'activité quotidienne et/ou de la qualité de vie.
Stade 3	Insuffisance terminale établie d'un organe comme un infarctus du myocarde, une insuffisance cardiaque, un accident vasculaire cérébral, une atteinte psychopathologique significative, une limitation fonctionnelle et/ou une atteinte de la qualité de vie significative.
Stade 4	Complications sévères (potentiellement terminales) de maladies chroniques liées à l'obésité, atteinte psychopathologique sévère, limitations fonctionnelles et/ou atteintes graves de la qualité de vie.

Annexe 2 : Niveau d'obésité selon la HAS (2022)

Stade de sévérité de l'obésité	Paramètres de phénotypage						
	1 IMC	2 Retentissement médical	3 Retentissement (qualité de vie ou fonctionnel)	4 Troubles psychologiques, psychopathologiques et/ou cognitifs, troubles du comportement	5 Étiologie de l'obésité	6 Comportement alimentaire	7 Trajectoire pondérale
1a	30 ≤ IMC < 35	- Pas d'anomalie cardio-métabolique - Pas de symptôme physique (pas de dyspnée, pas de douleurs)	- Pas d'impact significatif sur la QDV - Pas de limitation fonctionnelle	- Aucun trouble ou - Troubles ayant peu d'incidence sur le comportement alimentaire	- Commune	- Pas d'impulsivité alimentaire	- Initiation de prise en charge - Obésité apparue à l'âge adulte
1b	30 ≤ IMC < 35	- Anomalie cardio-métabolique débutante (HTA limite, hyperglycémie à jeun, élévation modérée des enzymes hépatiques) ou - Présence d'altérations cardio-métaboliques, hépatiques et respiratoires (HTA, DT2, SAHOS, NAFLD) ou autres complications/comorbidités gérées de façon satisfaisante (malgré l'absence de perte de poids)	- Impact modéré sur QDV et sur l'état de santé ou - Atteinte fonctionnelle modérée (dyspnée stade 2, douleurs occasionnelles)	- Retentissement psychologique léger (estime de soi, humeur) ou - Troubles psychologiques associés bien gérés (ex. : dépression traitée et suivie)	- Commune	- Impulsivité alimentaire sans accès de boulimie	- Obésité apparue dans l'enfance ou à l'adolescence ou - Un épisode de rebond pondéral
2	35 ≤ IMC < 50	- Altérations cardio-métaboliques (HTA résistante, DT2 difficile à contrôler, NASH/fibrose, SAHOS sévère, SOH) ou - Aggravation par l'obésité d'une maladie chronique n'exposant pas à un risque majeur ou - Infertilité ou - SOPK	- Impact marqué sur QDV et sur l'état de santé	- Pathologie psychiatrique et psychopathologique sous-jacente avec net impact pondéral et/ou comportemental ou (troubles de l'humeur, troubles anxieux, stress post-traumatique, addictions associées, etc.)	- Obésité commune avec facteur aggravant : traumatisme psychique ou - Prise de poids sur douleurs chroniques (ex. : fibromyalgie) - Médicaments obésogènes*	- Accès de boulimie épisodiques	- Obésité apparue dans l'enfance persistante à l'âge adulte ou - Au moins 2 épisodes de rebond pondéral ou - Échec de prise en charge de niveau 1 ou - Grossesse après chirurgie bariatrique
3a	35 ≤ IMC < 50 si associé à la présence d'un des problèmes listés dans cette ligne	- Aggravation par l'obésité d'une maladie chronique exposant à un risque majeur ou un handicap fonctionnel (ex. : BPCO, maladies neuromusculaires, maladies inflammatoires chroniques, maladies auto-immunes, etc.)	- Impact du poids sur la mobilité avec périmètre de marche entre 100 et 500 m	- Pathologie psychiatrique sévère (ex. : dépression sévère, troubles de la personnalité borderline, paranoïaque, schizophrénie, etc.)	- Obésité secondaire à une dérégulation hormonale (hypercorticisme, acromégalie) ou - Tumeur cérébrale (dont craniopharyngiome ou autre...)	- Hyperphagie boulimique	- Évolution pondérale non contrôlée malgré un accompagnement spécialisé ou - Échec de prise en charge de niveau 2
3b	≥ 50	- Retentissement terminal des pathologies chroniques (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, insuffisance hépatique, insuffisance rénale dialysée, transplantés ou en attente de transplantation)	- Impact du poids sur la mobilité avec périmètre de marche < 100 m voire grabatisation/perde d'autonomie due à l'obésité ou - Qualité de vie fortement dégradée	- Troubles du spectre de l'autisme ; troubles cognitifs (retard mental, difficultés de compréhension, troubles mnésiques)	- Monogénique ou - Syndromique		- Échec de chirurgie bariatrique ou - Indication de chirurgie bariatrique avec risque opératoire élevé, âge > 65 ans et < 18 ans

Annexe 3 : Caractéristiques du comportement alimentaire des individus de faible statut socioéconomique (Mas, M., 2020)

Caractéristiques du comportement alimentaire des individus de faible statut socio-économique.	
Apports énergétiques	- Moins de consommations d'aliments recommandés pour la santé (fruits, légumes, aliments complets) ³ - Moins de variétés dans les apports en micronutriments ² - Plus de boissons sucrées ^{2,3} - Densité énergétique des apports plus élevée ² - Pouvoir d'achat moins élevé pour les aliments sains ²
Dépenses énergétiques	- Plus de sédentarité ¹ - Moins d'activités physiques de loisir ^{1,3}
Aspects cognitifs	- Focalisation sur les buts à courts termes ¹ - Plus d'exposition à la publicité pour les aliments à haute densité énergétique ⁴
Aspects comportementaux	- Plus de repas devant la télévision ² - Saut de repas plus fréquents ² - Grignotage plus fréquent ²

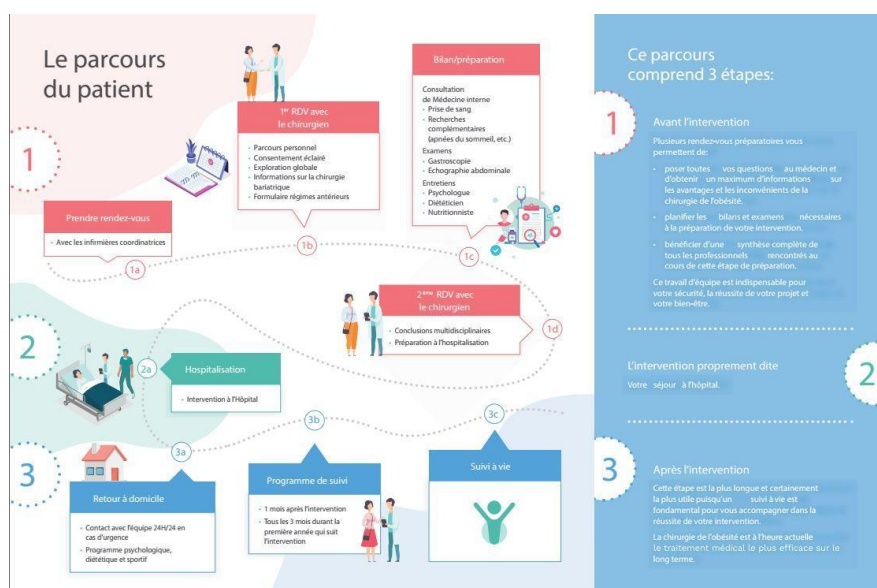
Annexe 4 : Liste des examens à réaliser pendant le parcours de chirurgie (J. Aron-Wisniewsky, E. Disse, 2021)

Bilan médical	Mesures anthropométriques : IMC, tour de taille	Valider l'indication chirurgicale
	Évaluation des comorbidités cardiovasculaires ou métaboliques (HTA, diabète de type 2, dyslipidémie...) ECG	Prise en charge Contrôle optimal de l'équilibre du diabète
	Évaluation du risque thromboembolique	
	Recherche d'un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil ou d'autres pathologies respiratoires	Prise en charge
	Évaluation hépatique à la recherche d'une stéatohépatite non alcoolique : au minimum dosage des transaminases et GGT Échographie abdominale (mesure de la taille hépatique et recherche de lithiase biliaire)	
	Endoscopie œsogastroduodénale (recherche d'une pathologie digestive [hernie hiatale importante, ulcère, gastrite], réalisation de biopsies à la recherche de lésions paranéoplasiques) Dépistage infection <i>Helicobacter pylori</i>	Traitement d'une infection à <i>Helicobacter pylori</i> (HP) et vérification de l'éradication
	Évaluation du coefficient masticatoire et état dentaire	
	Rechercher un tabagisme actif	Aide au sevrage
	Recherche de néoplasie	
État nutritionnel	Dosage sanguin : albumine, hémoglobine, ferritine et coefficient de saturation en fer de la transferrine, calcémie, vitamine D, vitamines B1, B9, B12 et autres en fonction des points d'appel	À traiter si anormaux avant l'intervention
Comportement alimentaire	Recherche d'un trouble du comportement alimentaire (historique, sévérité du trouble)	
Diététique	Éducation thérapeutique en diététique : travail sur le choix des aliments, sur l'équilibre alimentaire	
État psychologique	Troubles mentaux (dépression, troubles psychotiques, addictions, etc.)	Prise en charge
	Évaluation de la motivation du patient, de sa capacité à mettre en œuvre les changements comportementaux, d'adhérer à un programme de suivi long terme	

Annexe 5 : Recommandations pour améliorer l'implication du patient en post-CBM (Van den Heede K. et al., 2020)

Recommandations	Détails
<i>Consentement éclairé</i>	Le processus doit comprendre : - Un entretien approfondi entre les soignants et le patient (et éventuellement les membres de sa famille), documenté dans le dossier du patient. - Une approche spécifique (individuelle plutôt que de groupe, impliquant un membre du réseau social ou familial du patient, etc.) pour les patients vulnérables (en raison d'un faible niveau socioéconomique, de capacités cognitives limitées, etc.). - L'utilisation de différents canaux de communication et d'accompagnement (par exemple, informations écrites, séances d'information de groupe avec d'autres patients, groupes locaux d'entraide, forums en ligne et sites web validés) pour informer <u>et préparer</u> chaque patient au changement de mode de vie nécessaire à long terme. - Comme condition préalable à l'intervention : une évaluation par l'équipe multidisciplinaire de la capacité et de la motivation du patient à comprendre les informations, à adapter son comportement et à accepter un suivi de longue durée. - Une déclaration d'engagement du patient à se présenter aux consultations de suivi. - Une période d'au moins 3 mois entre la première consultation et l'intervention bariatrique proprement dite, sauf pour des raisons médicales urgentes. Le KCE propose d'utiliser cette durée préopératoire comme indicateur dans le registre bariatrique (voir section 3.7). Combiné avec des indicateurs liés à la phase postopératoire (p.ex. taux de présence aux rendez-vous de suivi), cet indicateur pourrait servir à évaluer la qualité des soins. Outre la durée de la phase préopératoire, il est également crucial de définir le contenu et les étapes d'un « bon » itinéraire de soins préopératoires, qui devront pouvoir être adaptés aux caractéristiques du patient et au type d'intervention.
<i>Implication et engagement du patient</i>	Mesures proposées par le KCE : - Mettre en place une approche échelonnée, dans laquelle l'intensité du suivi (p.ex. le nombre de consultations avec le diététicien ou le psychologue) est adaptée aux besoins du patient. - Offrir au patient un programme d'éducation et de coaching permettant d'obtenir une modification de comportement. Ce programme devrait également leur offrir la possibilité de rencontrer des patients déjà opérés. - Dans le cadre de la convention, prévoir un budget permettant de fournir gratuitement des suppléments vitaminiques aux patients qui respectent leurs rendez-vous de suivi. Une augmentation du remboursement de certains tests de laboratoire devrait également être étudiée. - Mettre à disposition des outils pratiques pour aider le patient à respecter son suivi et à maintenir les changements de comportement nécessaires (p.ex. journal de bord de l'alimentation, application pour smartphone). - Permettre l'utilisation de moyens de communication technologiques (p.ex. contact vidéo ou téléphonique) en plus des consultations de suivi. - Désigner dans chaque centre un coordinateur de soins qui sera notamment chargé de contrôler la présence aux rendez-vous de suivi et de recontacter activement le patient s'il manque des rendez-vous. - Lorsqu'un centre de chirurgie bariatrique élabore un itinéraire de soins (local, basé sur l'itinéraire de soins standard national – voir plus loin), faire appel non seulement aux connaissances et à l'expertise des professionnels concernés, mais aussi à celle des experts de vécu (patients). Une telle co-construction est complexe (elle nécessite par exemple la formation des participants, la sélection de profils appropriés d'experts de vécu), mais elle peut assurément contribuer à un meilleur accompagnement et à un engagement plus fort des patients.

Annexe 6 : Le parcours du patient à la CHIREC Obesity Clinic (Chirec, n.d.)



Annexe 7 : Accord comité éthique CHIREC



www.chirec.be

CHIREC - Site Delta
Boulevard du Triomphe, 201, Triomflaan - 1160 Bruxelles - Brussel

Bruxelles, le 7 mai 2024

**COMITE
D'ETHIQUE**
N°d'agrément OM 157

Président:
Docteur Michel PEETERS

Vice-Président

Membres Médecins:
Docteur Dimitri OUDINE MAK
Docteur Assaf HARB
Docteur Philippe LANGLET
Docteur Eric LAURENT
Docteur Stanislas NAGORSKI
Docteur Rodolphe VAN WUNENDAELE

Membre Médecin extérieur

Membres non-Médecins:
Pharmacien:
Madame Estelle TALBOT

Juriste:
Monsieur Eric THIRY

Infirmière:
Madame Caroline van den ABEELE
Madame Sabrina COSTANTINI

Secrétariat:
Madame Isabelle WYNIEN
02/434.40.89

A Madame C. Van Wayenberghe

c.vanwayenberghe@gmail.com

CC : Docteur A. Collard
Médecin nutritionniste
CHIREC – site Delta
alexandracollard4@gmail.com

Concerne : Etude : « Enquête qualitative : comparaison du parcours de patients
bypassés gastrique à l'hôpital Delta et ayant ou non effectué de la revalidation bariatrique en
post-opératoire » Mme C. Van Wayenberghe TFE Master en santé publique à l'UCLouvain

Chère Madame,

Le président du comité d'éthique CHIREC – OM 157, a pris connaissance l'étude susmentionnée et conformément au Chapitre 8, art 11 § 4 de la loi du 7 mai 2004, déclare que les points 4, 6 et 7 sont bien rencontrés dans l'étude; à savoir, la compétence de l'investigateur et de ses collaborateurs, la qualité des installations, l'adéquation et l'exhaustivité des informations écrites à fournir ainsi que la procédure à fournir pour obtenir le consentement éclairé et la justification de la recherche.

Nous vous prions d'agréer, Chère Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.


Docteur Michel PEETERS
Président

Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell
Siège Social-Sociale Zetel • asbl Chirec vzw • Boulevard du Triomphe 201 Triomflaan, 1160 Bruxelles - Brussel
Numéro d'entreprise- Ondernemingsnummer : 472 937 059

Annexe 8 : Accord comité éthique UCLouvain



Université Catholique de Louvain
Faculté de médecine



Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

Bruxelles, ce 13 juin 2024

A l'investigateur responsable:

M. Jean MACQ

IRSS

Clos Chapelle-aux-Champs 30 bte B1.30.13

1200 Bruxelles

Cc : celine.vanwayenberg@student.uclouvain.be

Au président du comité d'Éthique de :

CHIREC (Hôpital DELTA)

AVIS FAVORABLE DEFINITIF

Concerne : 2024/04MAR/114 - N° Enregistrement Belge : B4032023000027

N° Protocole : MASTER

Acronyme : n/a

Intitulé : Enquête qualitative : comparaison du parcours de patients bypassés gastrique à l'hôpital Delta et ayant ou non effectué de la revalidation bariatrique en post-opératoire.

Cher Collègue,

Le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL a pris connaissance de l'étude susmentionnée. Nous avons examiné l'ensemble des documents concernant cette étude, y compris les documents modifiés suite aux remarques :

- Formulaire de soumission mémoire, reçu le 04/03/2024
- Protocole, Version 2 du 14/05/2024
- Résumé en FR, reçu le 04/03/2024
- Document d'information et de consentement Participants, Version 2 du 14/05/2024
- Flyer Mémoire, reçu le 13/06/2024
- CVs datés et signés du PI + co-PI, reçus le 04/03/2024
- Questionnaire 1 RGPD (vie privée), reçu le 04/03/2024
- Certificat d'Assurance Amlin daté du 13 février 2024
- Document de réponse aux remarques du CEHF, reçu le 14/05/2024

En tant que comité d'éthique principal désigné par le promoteur (unique en Belgique), selon les directives de la loi du 07 mai 2004, nous donnons un avis favorable définitif à ce projet pour lequel nous avons reçu l'avis des comités d'éthique locaux susmentionnés et en avons tenu compte.

Nous rappelons à l'investigateur qu'il est personnellement responsable de cette étude et au promoteur qu'il est responsable de la conformité linguistique des formulaires d'information et de consentement et de leur distribution aux différents comités d'éthique locaux.

Aucun participant ne peut être admis dans une expérimentation ou un essai clinique avant que le comité d'éthique (IRB/IEC) n'ait donné un avis écrit favorable au projet.

Aucune modification ni changement au protocole ne peut être mis en route sans l'approbation préalable écrite du comité d'éthique à l'amendement approprié excepté les situations prévues dans les bonnes pratiques cliniques (BPC/GCP).

Promenade de l'Alma 51 bte B1.43.03 - 1200 Bruxelles
Tél : 02/764.55.14

E-mail : commission.ethique-saintluc@uclouvain.be

Page 1 sur 2
CEHF-FORM-076_v2



Université Catholique de Louvain
Faculté de médecine



Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

Le comité d'éthique principal déclare qu'il procède selon les directives ICH/GCP, les lois et règlements applicables, et ses propres procédures écrites.

Le comité d'éthique principal déclare qu'aucun de ses membres ayant une affiliation avec l'étude ou le sponsor n'a voté pour cette étude.

Une liste des membres actuels est jointe en annexe.

Le comité d'éthique principal sera continuellement informé de tous les SUSAR et déviations liés à ce protocole et qui se sont produits en Belgique.

Le comité d'éthique sera également informé du statut de l'étude sur base continue (comme requis par les directives ICG-GCP 4.10.1).

Nous vous prions d'agréer, cher Collègue, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Mme I. de HEMPTINNE
Membre CEHF

Prof. J.-M. MALOTEUX
Président

 CEHF-FORM-006-17.0	Composition du Comité d'éthique hospitalo-facultaire nominatif	
		Commission d'éthique hospitalo-facultaire Date d'application : 13/11/2023

Comité d'éthique hospitalo-facultaire (CEHF)

COMPOSITION (cfr CEHF-DSQ-005_Description fonctionnement CEHF)	
▪ Président ▪ Vice-présidents ▪ Secrétaire ▪ Docteurs en Médecine attachés aux Cliniques Universitaires Saint-Luc ou à la Faculté de Médecine de l'UCL ▪ Médecins Omnipraticiens ou Extérieurs aux Cliniques Universitaires Saint-Luc ▪ Ethicien ▪ Juriste ▪ Infirmières (Cliniques universitaires Saint-Luc) et Assistante Sociale ▪ Psychologue ▪ Pharmaciens Hospitalier des Cliniques Universitaires Saint-Luc ▪ Méthodologiste ▪ Collaborateurs Scientifiques, PhD ▪ Représentants Patients ▪ Représentants Volontaires Sains	▪ Jean-Marie MALOTEAUX, Docteur en médecine ▪ Véronique DUVEILLER, Pharmacien ▪ Emmanuelle VAN HELLEPUTTE, Juriste et représentante des patients ▪ Yves HUMBLET, Docteur en médecine ▪ Isabelle SCHEERS, Docteur en médecine ▪ Martine BERLIERE ▪ Yves HORMANS ▪ Luc ROEGIER¹ ▪ Bénédicte BRICHARD ▪ Christiane VERMYLEN ▪ Dominique LAMY ▪ Patrick EVRARD (Cliniques Mont-Godinne)¹ ▪ Eric GAZIAUX ▪ Alain LOUTE ▪ Geneviève SCHAMPS ▪ Cécile COUPEZ ▪ Oknam MICHOTTE¹ ▪ Nicolas VERMEULEN¹ ▪ Pascale de PIERPONT¹ ▪ Séverine HALLEUX¹ ▪ Niko SPEYBROECK ▪ Isabelle de HEMPTINNE¹ ▪ Anne GABRIEL¹ ▪ Luc DUVEILLER¹ et/ou Aurélie CARLIER¹ ▪ Olivier BLEUS et/ou Stéphanie CHAPUT¹

¹ : invité

Annexe 9 : Flyer de recrutement

Bonjour,

Je m'appelle Céline Van Wayenberge, je suis infirmière et je suis actuellement en dernière année de mon master en santé publique à l'UCLouvain. J'ai décidé de réaliser mon mémoire sur le bypass gastrique et l'intérêt de la revalidation bariatrique en post-opératoire.

Mon but est de faire ressortir des pistes afin de savoir s'il serait intéressant d'inclure de manière automatique la revalidation bariatrique dans le suivi post-opératoire du patient.

Pour ce faire, j'aurais besoin de vous.

En effet, afin de récolter des données nécessaires à mon travail, je vais réaliser des entretiens avec des patients qui ont effectué un bypass gastrique et qui ont, ou n'ont pas suivi de la revalidation bariatrique par la suite.

Concrètement, cet entretien durerait en moyenne une heure, et le fil rouge consiste en un guide d'entretien que je peux vous faire parvenir à l'avance si vous êtes intéressé par m'aider.

Cet entretien peut se faire en ligne ou en personne, selon vos préférences. Je peux me déplacer à votre convenance.

Vous pouvez me contacter au 0493 42 88 56, ou par mail à l'adresse

celine.vanwayenberge@student.uclouvain.be

Un tout grand merci,

Céline Van Wayenberge

Annexe 10 : Mail type aux patients volontaires

Madame/Monsieur X, bonjour,

Suite à votre réponse à mon flyer de recrutement, voici un mail qui reprend toutes les informations concernant l'étude à laquelle vous avez accepté de participer.

Pour rappel, je réalise un mémoire portant sur la revalidation bariatrique après un bypass gastrique. Plus précisément, mon étude vise à mieux comprendre les facteurs qui influencent le choix de suivre ou non un programme de revalidation post-bypass, ainsi que l'impact de cette revalidation sur l'activité physique et le bien-être des patients opérés.

Pour répondre à cette question, un entretien d'environ une heure sera organisé à une date qui vous convient. Cet entretien peut se faire en présentiel ou par téléphone, selon votre

convenance. Lors de cet échange, je vous poserai une dizaine de questions ouvertes sur votre expérience personnelle, votre perception de la revalidation bariatrique et son éventuelle influence sur votre rapport à l'activité physique et à la santé. Il ne s'agit pas d'un test : toutes les réponses sont pertinentes, et il est tout à fait normal de ne pas avoir d'avis sur certaines questions.

Avec votre accord, j'enregistrerai l'entretien afin de pouvoir le retranscrire pour mon analyse. Toutes les informations partagées resteront strictement confidentielles et anonymes. Vous pouvez également, à tout moment, décider d'arrêter votre participation à l'étude, sans aucune conséquence.

Je précise que cette étude a été approuvée par le comité éthique hospitalo-facultaire de St-Luc et UCLouvain, ainsi que par celui du Chirec et bénéficie d'une assurance.

Je vous remercie encore pour votre participation. Pourriez-vous me proposer des disponibilités au plus tôt pour l'entretien ?

Si vous avez la moindre question, n'hésitez pas à me contacter.

Bien à vous,

Van Wayenberge Céline

Annexe 11 : Formulaire de consentement

CEHF-FORM-129-3.0

Format DIC : ICF - étudiants et paramédicaux Information au patient ou participant

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU PATIENT

1. Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)),
déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à « Enquête qualitative : comparaison de patients by-passés gastrique à l'hôpital Delta et ayant ou non effectué de la révalidation bariatrique en post-opératoire ».
2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au patient. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance.
4. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain.
5. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de
 - La loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée ;
 - La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;
 - La loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;
 - Les réglementations européennes et belges en vigueur (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018 et la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée).
7. Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique induite pour ma participation à l'enquête.
8. Je consens de mon plein gré à participer à cette *expérimentation/enquête*.

..... //20.....
Nom, prénom et Signature Date (jour/mois/année)
du (de la) patient(e)/participant(e)

Je, soussigné, Mlle VAN WAYENBERGE Céline confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au (à la) patient(e)/participant(e) mentionné(e) ci-dessus.

..... //20.....
Signature de la personne qui procure l'information Date (jour/mois/année)

Annexe 12 : Guides d'entretiens

Avec revalidation

Thèmes	Questions	Questions de relance
Expérience de l'opération	• Quand avez-vous été opéré ? • Quel est votre ressenti/expérience par rapport à l'opération ?	• Comment avez-vous vécu la période post-opératoire immédiate ? • Y a-t-il des éléments que vous auriez aimé savoir avant l'opération ?
Suivi post-opératoire	• Quel a été votre suivi post-opératoire ?	• Avez-vous été en contact régulier avec des professionnels de santé ? • Le suivi vous a-t-il semblé suffisant ?
Rapport au sport avant l'opération	• Pouvez-vous me décrire votre rapport au sport avant l'opération ?	• Avez-vous pratiqué une activité physique régulière par le passé ? • Quelles étaient vos motivations ou freins vis-à-vis du sport ?
Information sur la revalidation bariatrique	• Vous a-t-on informé de la possibilité de revalidation bariatrique ?	• Qui vous en a parlé ? • Auriez-vous souhaité plus d'informations à ce sujet ?
Motivation pour la revalidation	• Qu'est-ce qui vous a motivé à commencer cette revalidation ?	• Avez-vous eu des doutes avant de vous engager dans cette revalidation ? • Qu'est-ce qui vous a convaincu de franchir le pas ?
Expérience de la revalidation	• Pouvez-vous me décrire comment s'est passé la revalidation bariatrique pour vous ?	• Qu'avez-vous trouvé le plus utile ou le plus difficile ? • Avez-vous ressenti une évolution au fil du programme ?
Impact de la revalidation	• Pensez-vous que la revalidation bariatrique vous a amené un plus dans votre parcours de bypass ?	• Quels changements avez-vous observés grâce à la revalidation ? • Quelles améliorations auriez-vous aimé voir ?

Pratique sportive et revalidation	• Pensez-vous que vous auriez fait autant de sport sans la revalidation bariatrique ?	• Quelles activités sportives pratiquez-vous maintenant ? • Quelles différences ressentez-vous par rapport à avant l'opération ?
Encadrement par les professionnels de santé	• Le fait que cette revalidation soit encadrée par des professionnels de santé est-il important pour vous ?	• Quels professionnels vous ont le plus aidé ? • Auriez-vous préféré un autre type d'accompagnement ?
Changement de rapport au sport et au mode de vie	• Avez-vous l'impression que cette revalidation a changé votre rapport au sport et vos comportements de vie ?	• En quoi votre perception du sport a-t-elle évolué ? • Ces changements sont-ils durables, selon vous ?
Défis rencontrés	• Quels ont été les principaux défis durant la revalidation ?	• Avez-vous rencontré des obstacles particuliers ? • Comment les avez-vous surmontés ?
Motivation pour le suivi post-revalidation	• Est-ce que la revalidation vous a motivé à poursuivre votre suivi ?	• Avez-vous continué à être suivi après la revalidation ? • Comment voyez-vous votre parcours à long terme ?
Conseils aux futurs patients	• Si vous deviez prodiguer des conseils à un proche sur le point de faire un bypass gastrique, la revalidation bariatrique en ferait-elle partie ? Pourquoi ?	• Quels aspects de la revalidation souligneriez-vous ? • Quel conseil donneriez-vous à quelqu'un qui hésite ?
Amélioration du parcours post-opératoire	• Changeriez-vous votre parcours post-opératoire ?	• Quelles améliorations suggèreriez-vous ? • Que manque-t-il dans l'accompagnement actuel ?
Points importants à ajouter	• Y a-t-il d'autres points qui vous paraissent importants concernant cette revalidation ?	• Y a-t-il quelque chose que nous n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez partager ?

Sans revalidation

Thèmes	Questions	Questions de relance
Expérience de l'opération	• Quand avez-vous été opéré ? • Quel est votre ressenti par rapport à l'opération ?	• Comment avez-vous vécu la période post-opératoire immédiate ? • Y a-t-il des éléments que vous auriez aimé savoir avant l'opération ?
Suivi post-opératoire	• Quel a été votre suivi post-opératoire ? • Avez-vous éprouvé des difficultés à le faire ?	• Quelles ont été les principales difficultés rencontrées ? • Quelles solutions avez-vous trouvées pour y faire face ?
Information sur la revalidation bariatrique	• Vous a-t-on informé de la possibilité de revalidation bariatrique ?	• Qui vous en a parlé ? • Auriez-vous souhaité plus d'informations à ce sujet ?
Non-participation à la revalidation	• Si oui, qu'est-ce qui a fait que vous avez pris la décision de ne pas la suivre ?	• Quelles ont été les barrières à votre participation ? • Y a-t-il des conditions qui auraient pu vous inciter à y prendre part ?
Rapport au sport avant l'opération	• Pouvez-vous me décrire votre rapport au sport avant l'opération ?	• Avez-vous pratiqué une activité physique régulière par le passé ? • Quelles étaient vos motivations ou freins vis-à-vis du sport ?
Changement d'activité physique	• Avez-vous changé votre niveau d'activité physique après avoir été opéré ?	• Quelles activités sportives pratiquez-vous maintenant ? • Quelles différences ressentez-vous par rapport à avant l'opération ?
Bénéfices potentiels d'une revalidation	• Pensez-vous qu'un suivi personnalisé par une équipe de kiné de revalidation bariatrique aurait pu vous être bénéfique ? Pourquoi ?	• Quels aspects de ce suivi vous auraient semblé les plus utiles ? • Qu'auriez-vous attendus d'un tel accompagnement ?
Défis rencontrés	• Quels ont été vos principaux défis pour atteindre les	• Avez-vous rencontré des obstacles particuliers ?

	recommandations d'activité physique ?	• Comment les avez-vous surmontés ?
Conseils aux futurs patients	• Si vous deviez prodiguer des conseils à un proche sur le point de faire un bypass gastrique, la revalidation bariatrique en ferait-elle partie ? Pourquoi ?	• Quels aspects de la revalidation souligneriez-vous ? • Quel conseil donneriez-vous à quelqu'un qui hésite ?
Amélioration du parcours post-opératoire	• Changeriez-vous votre parcours post-opératoire ?	• Quelles améliorations suggèreriez-vous ? • Que manque-t-il dans l'accompagnement actuel ?
Points importants à ajouter	• Y a-t-il d'autres points qui vous paraissent importants concernant cette possibilité de revalidation ?	• Y a-t-il quelque chose que nous n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez partager ?

