

Le patient obèse

« Ce qui n'est pas vulnérable n'est pas vivant. »

N. Bouvier

PLAN DU CHAPITRE

- De l'obésité-maladie au patient obèse 4
- L'image du corps : les conséquences d'une apparence 5
- De l'estime de soi au respect de soi : le projet de vie 7
- Des patients vulnérables : une réponse nuancée 10
- La force de l'habitude 12

Plus qu'un simple symptôme, l'obésité est avant tout une maladie aux conséquences organiques et psychologiques. Les premières confirment la sévérité de l'affection et sont maintenant bien connues. Nous ne nous y attarderons pas. Les conséquences psychologiques, elles, sont souvent constitutives du développement de l'obésité avant de jouer ensuite un rôle important à toutes les étapes de la démarche bariatrique. Comment l'image du corps gros peut-elle retentir sur le psychisme des patients obèses ? Quelle est son influence sur leur estime de soi ? Qu'est-ce que la vulnérabilité ? Pourquoi se réfugient-ils dans des comportements d'évitement qui vont rapidement avoir la force de l'habitude ? Et, au final, en quoi leur profil psychologique peut-il influencer leur demande de chirurgie et, par voie de conséquence, la réponse des soignants ?

De l'obésité-maladie au patient obèse [6]

L'obésité est une maladie chronique d'évolution pandémique qui se définit comme une surcharge pondérale par excès de masse grasse. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) caractérise l'obésité sévère par un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 35 kg/m^2 qui constitue le seuil à partir duquel le recours à la chirurgie bariatrique peut se justifier, sous certaines conditions. L'obésité sévère (et au-delà) augmente le risque de décès prématuré et les incapacités à l'âge adulte. Elle constitue en soi un facteur de risque majeur de voir apparaître d'autres affections appelées « comorbidités ».

Le développement de l'obésité tient d'abord à une combinaison de facteurs génétiques mais aussi comportementaux, socio-économiques et environnementaux. Dans sa phase initiale de constitution, la prédisposition génétique ou épigénétique est centrale tandis que les facteurs sociocomportementaux et environnementaux ont un rôle de déclencheurs avant d'entretenir le phénomène de prise pondérale. Dans sa phase chronique, la maladie s'aggrave en raison de l'apparition de comorbidités et du développement d'anomalies du tissu grasseux qui devient de plus en plus résistant aux prises en charge successives.

Être obèse signifie être gros, physiquement gros. Sous-entendu, trop gros. Ce qui pourrait paraître évident au premier abord et qui pourtant est loin de l'être [7, 8]. Car la perception de l'obésité est relative. Très gros ici, le patient obèse ne sera qu'un obèse moyen, banal pourrait-on dire, ailleurs. Et cette variabilité sera encore pondérée par bien d'autres éléments comme son sexe ou son âge par exemple. Sans parler du retentissement social, si subjectif, allant d'une gêne dans l'apparence physique à des difficultés de vie personnelle ou professionnelle. Quoi de commun entre un patient ne pouvant plus lacer ses chaussures ou se doucher et un autre souffrant d'apnée du sommeil sévère ou de diabète évolutif ? Quoi de commun entre une jeune femme pâtissant de son obésité dans sa vie relationnelle et sentimentale et une patiente de 60 ans quasi impotente à cause d'arthrose bilatérale des genoux

et se voyant refuser une chirurgie prothétique du fait de son poids ? Sans parler de toutes les situations qui se trouvent à mi-chemin entre ces deux extrêmes et où l'organique se mêle subtilement au comportemental pour aboutir à un mal-être global dont il sera bien difficile de distinguer et de soupeser l'importance relative de toutes les composantes.

On le voit, le « patient obèse » en tant que stéréotype n'existe pas *en soi*. Il est une vue de l'esprit, une simplification sémantique qui permet de développer une réflexion d'ordre général. Son excès pondéral qui le caractérise de façon évidente et dont il souffre n'est que le marqueur extérieur d'une situation individuelle complexe et unique dont il faut tenir compte. « L'homme *est* un corps, il ne possède pas un corps en tant qu'objet. » [9] Et s'il existe des critères objectifs pour définir certains états pathologiques, c'est en dernier recours le malade lui-même qui va se définir comme tel et qui justifiera ainsi le recours à une chirurgie. Le nombre d'interventions chirurgicales pouvant lui être proposé est restreint. C'est donc essentiellement au travers de la communication avec lui que pourra être personnalisée sa prise en charge. En soignant l'obésité, on soigne une maladie. En soignant un patient obèse, on soigne une personne.

L'image du corps : les conséquences d'une apparence

À un degré ou à un autre, l'obésité a toujours affaire, plus ou moins directement, avec l'image du corps. Or, cette notion qui évoque à première vue la superficialité a des implications bien plus profondes qu'il n'y paraît. L'une d'elles est l'insatisfaction vis-à-vis de ce même corps, insatisfaction due à la sensation de ne pas être attractif. Ce trait de caractère procède donc d'une façon de s'appréhender en référence aux autres, ce qui peut entraîner des comportements d'évitement, voire expliquer une prévalence élevée de phobie sociale et/ou d'agoraphobie.

Il serait tentant de croire que cette insatisfaction puisse être pour le sujet obèse une motivation à la perte de poids. Ce n'est pas le cas [10]. Du moins pas directement puisque le rapport entre les deux est fonction d'une relation en U inversé : un sujet en surpoids avec une image du corps satisfaisante ne sera pas motivé à modifier ses habitudes. Mais un sujet très insatisfait de son corps, non plus ! Pour être stimulante, l'insatisfaction doit donc être modérée (Heinberg, 2004). Par ailleurs, il semblerait qu'il existe une différence de perception selon le sexe dont le substrat serait aussi neurobiologique et pas seulement d'origine sociale comme cela est souvent évoqué. Pour les femmes, la vision de leur propre corps, déformé et grossi, entraînerait l'activation de circuit de la perception et de la régulation émotionnelle, spécialisé dans la peur. L'homme, en activant des circuits liés à la vision, analyserait une image du même type comme il pourrait le faire d'un objet dans l'espace (Kurosaki, 2006). Ces deux constats pourraient

expliquer pourquoi 8 fois sur 10 les patients sollicitant une chirurgie bariatrique sont des femmes.

De plus, l'insatisfaction vis-à-vis de son corps à travers la laideur qu'il évoque perturbe gravement la communication du patient et sa perception du monde qui l'entoure [11]. « La laideur ne peut se vivre que dans le silence, dans le non-dit, alors que... la beauté se proclame et est acclamée... Le temps vécu de sa propre laideur n'a pas qu'une dimension esthétique... Dans le contexte de la désespérance, il faut tenir compte des poussées d'autorépulsion, de dévalorisation de soi, avec néantisation des capacités intellectuelles... Il existe d'innombrables faux imbéciles et faux sots, rendus tels par une attitude morbide autodéfensive, ou par la condition de souffre-douleur ou de souillon que leur assigne leur entourage. On est surpris *quand on met en confiance* de tels êtres, des trésors de bon sens et d'observation qu'ils ont pu accumuler à partir de leur corps vécu... Pour eux, le monde extérieur est vécu comme mauvais et les gens qui le peuplent comme intrinsèquement pervers et hostiles. »

Et comment ne le serait-il pas ? Car, que cela soit exprimé ou non, l'obésité est rattachée à la glotonnerie, au manque d'autocontrôle, à la paresse, à l'incompétence alors qu'être mince signifie dynamisme, grande capacité de maîtrise personnelle et forte volonté. Ces associations sont très fréquentes et perçues comme telles, même chez les jeunes enfants. Elles constituent un socle de pseudo-connaissances qui permettent à tout un chacun – soignants inclus – de croire qu'il « comprend » le phénomène obésité et par extension qui sont les obèses. Elles aboutissent à la stigmatisation de cette population et l'enferment dans un schéma dépréciatif dont elle va vouloir se libérer en même temps que de son poids. Il n'est donc pas étonnant que ces patients, au moment de leur demande de chirurgie, aient du mal à s'exprimer sans chercher à minimiser leur situation c'est-à-dire à relativiser leur déchéance vécue.

Ainsi, à un certain moment de sa vie, le sujet (qui n'est pas encore le patient) grossit. Souvent, on peut observer que c'est parce qu'il souffre qu'il grossit [12]. « Avant d'avoir été obèse, j'étais heureux » signifie souvent : « Avant d'avoir été traumatisé. » Et bien plus tard, c'est parce qu'il souffrira (d'une autre façon) d'avoir grossi qu'il voudra maigrir. Mais, dans la majorité des cas, il ne veut pas savoir pourquoi il a grossi, ce qui lui rappellerait pourquoi il a souffert. C'est humain. Ce cas de figure fréquent, mais non exclusif, va rendre la communication avec le chirurgien biaisée, la prise en charge nutritionnelle difficile et l'évaluation psychologique plus difficile encore. La coopération du malade est loin d'être assurée puisque sa seule demande est de maigrir et non de comprendre pourquoi il a grossi. Et il faut bien admettre que parfois aucune cause ne sera relevée ni même évoquée. Part prépondérante de la génétique sans traumatisme associé apparent ? Dénî subtilement dissimulé ? Inconscience totale de son évolution personnelle ? Incapacité à se penser et encore plus fréquemment à se dire ? Difficile à affirmer face à un constat d'impuissance qui ressemble bien chez ce patient à de la fatalité.

Lors de sa demande de chirurgie, il semble qu'il passe d'une culpabilité (être gros) à une autre (être incapable de ne plus l'être), c'est-à-dire d'une souffrance à une autre. Il souffre de son état d'obèse mais sa demande d'amaigrissement l'effraye autant qu'elle l'attire. Son obésité était une protection. Pesante mais réelle. Choisir de l'abandonner, c'est se condamner à ranimer les cendres de ses vieilles peurs. Et à s'y brûler. On sait ce que l'on quitte. On ne connaît pas ce que l'on va aborder. Et pour se rassurer on rêve, on enjolive, on imagine un monde nouveau que l'on appelle de ses vœux, merveilleux, facile et miraculeux. La chirurgie par son caractère définitif, « tranché », « scientifique », borné dans le temps, est parée de toutes ces qualités. Du moins est-ce ce qui transparaît de ce que l'on peut entendre. C'est pourquoi on ne peut comprendre l'intensité émotionnelle présidant à la demande de chirurgie bariatrique sans comprendre l'intensité de l'emprise de l'obésité sur le patient. Banaliser la première, c'est se condamner à ignorer la force de la seconde et ne pas se donner toutes les chances de réussite au long cours. Car comment imaginer qu'une dynamique ayant abouti à un tel niveau d'obésité avec son cortège de souffrances associées puisse se résorber d'elle-même, sans séquelle et définitivement ?

De l'estime de soi au respect de soi : le projet de vie

En première approximation, on peut définir l'estime de soi comme étant le rapport entre ce que sont réellement les individus et ce qu'ils veulent être, c'est-à-dire leur idéal de soi. Plus l'écart entre le *soi réel* et l'*idéal de soi* est important, plus l'estime de soi est faible. Cette appréciation se ferait à travers le jugement d'autrui que nous intériorisons et qui serait à l'origine de la perception que nous avons de nous-mêmes. Ainsi, l'estime de soi nécessiterait le double impératif de se sentir acteur de sa vie (au sens d'être capable de mener à bien ses projets) et d'être reconnu comme tel par les autres. Pour avoir une bonne estime de soi, il faudrait donc s'ajuster à des principes *extérieurs* à soi.

On peut d'abord s'interroger sur ce que recouvre le « soi réel ». En effet, ce concept semble s'appliquer à une entité clairement définie et stable dans la durée. Or, ce que nous pouvons appréhender de la réalité au quotidien des patients n'est pas clairement défini. Et prétendre définir ce que nous sommes par ce que nous faisons est bien réducteur puisque nous sommes toujours plus que ce que nous faisons. Quant à l'examen du récit de leur vie, il révèle de façon indiscutable l'existence d'un processus éminemment évolutif dans le temps. Ainsi, un patient obèse qui échoue à perdre du poids à la suite d'un régime va se dévaloriser et douter de ses capacités à se contrôler minorant, de fait, par anticipation, ses chances de réussite lors d'une nouvelle tentative. Inversement, une perte pondérale conséquente risque de le pousser à la surestime de soi jusqu'à la prochaine déconvenue. L'histoire nutritionnelle de ces patients est habituellement balisée par une succession d'échecs (souvent) et de périodes de stabilisation (moins souvent) qu'ils qualifient

volontiers de « régimes yoyo », expression synonyme d'inefficacité autant que de désillusion. Quelle peut être alors la vraie nature du « soi réel » en tant que repère par rapport à l'« idéal de soi » ?

« La réflexion sur l'estime de soi et son déficit oblige aussi à s'interroger sur la manière dont s'édifie cette "image de soi" qui conditionne le bonheur humain et sa capacité d'action... Les rapports à soi (positifs ou négatifs) se constituent dans le lien avec les autres à travers des relations de reconnaissance. Par les liens affectifs (expérience de soi dans l'amour et l'amitié), la reconnaissance juridique (confirmation par le droit de sa dignité de sujet), la reconnaissance sociale de son utilité (valorisation de sa contribution dans le travail et le salaire), le sujet acquiert la capacité de se rapporter à lui-même de manière positive. Dès lors, le regard porté sur la mésestime de soi change radicalement : celle-ci tient moins à la fragilité inhérente aux individus qu'à la fragilité – voire la carence – des instances d'édification et de soutien de la confiance en soi. La mésestime de soi n'est-elle pas bien souvent la manière dont les individus intériorisent les différentes formes de mépris qu'ils ont ressenties (carences affectives, déni de leurs droits concrets, dénigrement social) ? Et si bien des discours sur l'estime de soi cachent – consciemment ou inconsciemment – le refus d'examiner les causes réelles qui tendent à produire chez beaucoup de nos contemporains une image dégradée d'eux-mêmes ? » [13] Comment sortir de cette fatalité ?

Enfin, la réflexion sur l'estime de soi ne peut faire l'économie d'une réflexion sur la notion de limite. Car évaluer ce que peut être une juste estime de soi nécessite de se tenir à égale distance de la surestimation comme de son contraire, la dévalorisation. Ce n'est pas « parce que je le vauds bien » que tout est permis. Ce n'est pas non plus parce que nous vivons au milieu des autres et à travers leur regard que nous ne pouvons rien. Le patient obèse doit retrouver le sens de la limite. Se fixer comme objectif formel un poids idéal est un fantasme. Renoncer à toute prise en charge, une démission. C'est pourquoi un des buts de l'équipe soignante devra être d'amener le patient à accepter sa situation non pas comme un échec indépassable mais bien comme un point de départ assumé vers un changement aussi nécessaire qu'exigeant. Mais aussi à lui faire découvrir, au-delà du jugement qu'il porte sur lui, que « l'estime de soi consiste aussi à se rendre attentif à cette force intérieure qu'on appelle le libre arbitre, à cette liberté qu'on a sur soi-même et à cet appel qui lui disent : "Tu peux !" et qui l'introduit à la notion de respect de soi » [13].

L'estime de soi et le respect de soi sont deux aspects de la considération de soi. Ces deux notions doivent être distinguées du fait de leurs conséquences sur la reconstruction personnelle du patient obèse. Comme le souligne Walzer [14] : « Ce que nous nous distribuons les uns aux autres est de l'estime, pas de l'estime de soi ; du respect, pas du respect de soi... et la relation du premier au second terme dans chacune de ces paires est indirecte et incertaine. » C'est-à-dire que

la valorisation de chacun ne passe pas de façon automatique par l'appréciation des autres.

C'est la conscience de la différence entre soi et les autres qui va conduire au sentiment d'appréciation ou de dépréciation ; et cette dernière apparaîtra si on ne parvient pas à soutenir la comparaison avec son entourage ou que l'on n'arrive pas à lui faire reconnaître la valeur de ses choix. Être obèse dans une société qui célèbre le culte de la minceur est facteur de mésestime. Avoir maigri peut favoriser l'estime de soi à condition que cette situation soit reconnue et acceptée par l'entourage. Ce qui n'est pas toujours le cas. Tout autre est le respect de soi qui, lui, repose sur des bases différentes. Là où il n'est plus question ni de confrontation ni de comparaison avec quiconque. Là où chacun s'accorde avec l'intuition intériorisée d'une norme admise par tous : la dignité. Le respect de soi se vit face à soi-même.

Ainsi, « la reconnaissance par comparaison (estime de soi) ne doit pas faire oublier qu'il existe une reconnaissance par possession de soi (respect de soi), qui trouve son fondement dans la conscience de sa dignité » [15]. Encore faut-il que le patient ait les ressources intérieures et le recul nécessaire pour y arriver. C'est l'enjeu de son projet de vie. C'est aussi un des enjeux de la préparation de l'aider dans ce sens.

Car souhaiter maigrir grâce à la chirurgie bariatrique n'est pas une simple décision d'ordre médical ; c'est aussi manifester un projet de vie. Perdre du poids n'est pas une fin en soi et la première question qui vient à l'esprit est : « Mais pourquoi ? Et surtout, pour quoi faire ? » Bien sûr, préparer son intervention nécessite beaucoup d'énergie et de concentration et le futur peut paraître lointain. Mais cette période peut aussi être propice à ce questionnement. Le changement est-il vraiment souhaité ? Dans quel champ d'activité ? Familial, personnel, professionnel ? Est-il réaliste ? Et comment le mettre en œuvre ? Toutes interrogations pouvant être évoquées et éventuellement travaillées lors des consultations de psychologie, des ateliers d'ETP ou des réunions de l'association des anciens opérés.

Ce questionnement sur la validité de son projet de vie place la valeur que s'accorde le patient au premier plan. Mais si celui-ci doit être convaincu du bien-fondé de son projet, les soignants, eux, doivent se demander s'il ne l'idéalise pas trop. A-t-il suffisamment confiance en lui pour pouvoir le réaliser en dépit des années de jugements et de phrases morales qui n'ont fait que l'exaspérer et le paralyser ? Et, au-delà de ses propres capacités personnelles, est-il vraiment soutenu et valorisé par son entourage ; l'équipe soignante, bien sûr, l'association des anciens opérés, évidemment, mais aussi et peut-être surtout son premier cercle relationnel (conjoint[e], enfant[s] et amis proches) ?

Ainsi, ce projet de vie qui paraissait simple dans sa conceptualisation et évident dans sa décision peut s'avérer au final plus complexe et exigeant que prévu. Les conditions de sa réalisation imposent à tous, patient comme entourage, une approche modeste et réaliste dans une optique de long terme.

Des patients vulnérables : une réponse nuancée

Étymologiquement, être vulnérable [16], c'est être capable de reconnaître que l'on peut être blessé. Expérimentée par tout un chacun à un moment ou à un autre de sa vie, la vulnérabilité se différencie de la *fragilité* comme de la *précarité*. Le patient obèse peut être fragile ; il peut aussi faire l'expérience difficile de la précarité. C'est pourtant la vulnérabilité dans son être intime, c'est-à-dire d'abord dans son corps, qui le caractérise le mieux.

Car s'il se sent vulnérable, c'est parce qu'il a conscience d'être affecté dans sa propre chair et cela indépendamment de sa volonté (« J'ai toujours envie de trop manger »). À un certain moment de sa vie, le patient obèse prend conscience des conséquences néfastes d'un comportement qui le dépasse. Et c'est probablement ce caractère involontaire qui finalement est le plus déstabilisant pour lui. (« J'ai envie de manger et pourtant je n'ai plus faim. ») Ainsi, il vit sa condition sur le mode de la sensibilité plus que sur celui du raisonnement ou de l'abstraction. Avant même de pouvoir comprendre son état, il en a l'intuition et l'expression « se sentir » vulnérable est là pour nous le rappeler. C'est dans cette disposition d'esprit fondamentale où l'émotion prime sur la réflexion – quoiqu'il en dise (« J'ai bien réfléchi ») – qu'il se décidera à consulter.

Mais la vulnérabilité ne relève pas que du corporel et de la chair. Elle touche aussi la part la plus intime de chacun, la plus personnelle, la plus secrète. Et donc la moins rationnelle et la moins communicable. Le patient obèse se sent vulnérable parce qu'il se sait dépendant de son poids et de toutes les réactions qu'il entraîne. Il se découvre comme incapable de se limiter et donc de se maîtriser, ce qui engendre chez lui un sentiment d'humiliation profonde en même temps que de désarroi. « Quand on ne se comprend plus, débute la honte. » [17]

Cette blessure intérieure, déjà perturbante en soi, va se trouver encore aggravée par les conséquences qu'engendre l'image du corps obèse dans la société. « La sensation de honte signifie être en dehors de soi-même, sans la moindre protection, dans la lumière crue qui émane du regard de l'autre. La honte n'est pas le sentiment d'être ceci ou cela, mais d'être un objet. » [17] Et en effet, moqué en public, insulté sans raison, sous-estimé dans son travail, dévalué systématiquement, le patient obèse fait souvent et cruellement l'expérience du mépris au quotidien. Non reconnu pour ce qu'il est vraiment et stigmatisé pour son apparence, il souffre dans sa vie sociale, professionnelle et affective. Il suffit de l'écouter. Que ce mépris soit une réaction de défense face à une vulnérabilité qu'il porte sur lui n'a plus guère d'intérêt à ce stade. La vulnérabilité du patient obèse a le défaut d'être visible. Il devient ainsi la proie facile de tous ceux éprouvant une autre vulnérabilité, cachée ou admise, à qui il renvoie en miroir la leur propre.

Cette matrice de souffrance fait la grande humanité de ces patients et l'on peut difficilement y rester insensible. Elle est le signal douloureux du dérèglement qu'ils