

*Mon parcours de
bypassée*

De la décision aux 9 mois post-op

Nisa

Ce livre a été publié sur www.bookelis.com

ISBN : 979-10-359-5654-7

© Nisa, 2021

Portet Sur Garonne – France

Contact et suivi : monparcoursdebypassee@gmail.com

<https://nisalectures.wordpress.com/>

<https://linktr.ee/nisalectures>

Couverture réalisée par l'artiste Ōkami Sekai, contact et suivi :

<https://www.facebook.com/okaminosekai> et https://www.instagram.com/okami_sekai/

Illustrations intérieures réalisées par l'artiste Camelopa, contact et suivi :

<https://www.instagram.com/camelopa.illustrations/>

Corrections effectuées par Rodolphe Johansson, contact : rod.johansson@hotmail.com

Tous droits de reproduction, d'adaptation et de traduction, intégrale ou partielle réservés pour tous pays.

L'auteur est seul propriétaire des droits et responsable du contenu de ce livre.

La copie de ce fichier est autorisée pour un usage personnel et privé. Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, sur quelque support que ce soit, de cet ouvrage sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droits ou ayants cause, est interdite.

Art. L122-4 et L122-5 du Code de la Propriété intellectuelle.

*Les batailles qui comptent ne sont pas celles qui
sont visibles. Ce sont les luttes à l'intérieur de
vous-même – les batailles invisibles et inévitables
pour chacun d'entre nous – qui importent.*

Jesse Owens

Quelques repères

Concernant le livre

Plusieurs sigles et termes médicaux parsèment le parcours et entrent vite dans le vocabulaire des patients. Ceux principalement utilisés dans ce témoignage sont expliqués une première fois en bas de page ou entre parenthèses. Ils se retrouvent également dans le glossaire présent à la fin de l'ouvrage et sont signalés par un astérisque afin que vous puissiez les identifier facilement.

Toutes les références citées en bas de page sont regroupées à partir de la page 319 si vous souhaitez approfondir le sujet.



Étant donné qu'il s'agit d'un témoignage, les personnes dont je parle sont réelles. J'ai donc modifié leurs noms ou prénoms pour respecter leur anonymat.

Pour le personnel médical récurrent, il m'est arrivé de rencontrer plusieurs intervenants avec le même métier. Par exemple, la psychologue avec qui j'ai eu une

consultation n'a pas été la même que lors de l'ETP (Éducation Thérapeutique du Patient). Pour plus de lisibilité et parce que ça n'a au final aucune incidence (les discours étant les mêmes et la bienveillance toujours présente), j'ai choisi de baptiser Paulette ces deux professionnelles, faire comme s'il n'y avait eu qu'un intervenant.

Pour aider à la mémorisation du rôle de chacun, j'ai utilisé des prénoms ou noms dont la première lettre rappelle la fonction.

Je vous les liste ici si vous avez besoin de vous y reporter pendant la lecture.

Chirurgien : Dr Champollion

Diététicienne : Domitille

Enseignant en Activité Physique Adaptée : Anthony

Infirmière à domicile : Isabelle

Infirmière à l'hôpital : Ingrid

Kinésithérapeute de ville : Kim

Kinésithérapeute à l'hôpital : Kader

Médecin généraliste : Dre¹ Grimaud

¹ Abréviation de Docteur. J'ai beaucoup hésité à employer le masculin « neutre » pour docteur dans cet ouvrage, selon les recommandations de l'Académie française. Cependant, même elle reconnaît qu'elle intègre dans son dictionnaire les mots entrés naturellement dans l'usage. C'est donc à nous de faire évoluer les choses, individuellement. J'ai conscience qu'écrire « ma médecin », « à la Dre Grimaud » peut décontenancer au début. J'ai vécu cela avec le terme « autrice », historiquement le bon, mais interdit longtemps par nos chers académiciens. Il est réutilisé dans le milieu littéraire depuis quelques années, grâce à l'engagement de plusieurs d'entre elles. Et à force de le voir, je suis passée naturellement de « auteure » à « autrice » dans mes retours de lecture. Une conférence sur le sexisme, proposée par mon employeur et animée par Alexia Anglade, fondatrice de Lumières s'il vous plaît, a achevé de me convaincre : ce qui n'est pas dit n'existe pas, et ne pas féminiser précisément cette profession alors que les autres le sont n'est pas sans incidence. La France progresse doucement, le féminin

Médecin nutritionniste : Dr Nicholson
Ostéopathe : Olga
Psychologue : Paulette
Secrétaire du chirurgien : Sakina



Je mentionne de nombreuses fois un groupe dans ce livre. Il s'agit d'une communauté sur Facebook, gérée par l'association de patients de mon Centre De l'Obésité (CDO). Les échanges nourris et les encouragements reçus m'ont été d'un soutien précieux tout au long de mon parcours.

Je parle également à plusieurs reprises d'un ouvrage découvert lors de la rédaction de ce témoignage : *Le charme discret de l'intestin – tout sur un organe mal aimé...* de Giulia Enders. Il m'a appris beaucoup de choses et je ne peux que vous en conseiller la lecture si ce n'est pas déjà fait.



Pour rédiger ce livre, j'ai longuement hésité entre un journal chronologique ou un récit classé par thématique. J'ai finalement opté pour un mix des deux. La première partie de ce témoignage se déroule de façon linéaire. On y découvre mes évolutions et prises de conscience au fur et à mesure. Je souhaitais vraiment

docteur est par exemple mentionné dans le guide d'aide à la féminisation des noms de métiers, titres, grades et fonctions de 1999 (qui aurait besoin d'une remise à jour). Dre en abréviation de Docteur est du reste la norme dans des pays comme la Suisse et le Canada.

que vous m'accompagniez dans toutes les étapes. Puis je me focalise sur un thème par chapitre, comme un bilan de chaque aspect important. Cette solution m'a semblé plus pertinente, car elle correspond mieux à mon cheminement et permet au lecteur concerné de retrouver plus facilement certains passages s'il désire s'y référer à nouveau lors de son avancement dans le parcours. Ne soyez donc pas étonnés si je reviens parfois en arrière dans certains chapitres.

Bonne lecture !

Concernant l'obésité et l'opération

J'ai bénéficié d'un *bypass* gastrique en octobre 2019, et cette chirurgie, qui souffre de beaucoup d'idées reçues, m'a transformée. Avant de vous raconter mon histoire, il me semble nécessaire de vous communiquer quelques éléments de contexte, utiles pour la suite.

Le premier point important à prendre en considération avant de débiter votre lecture est que ce récit est mon témoignage de patiente. Il s'agit uniquement de mon expérience et de mon ressenti. Je ne suis pas une professionnelle de santé et j'interprète forcément les paroles des médecins en fonction de mon histoire et mes connaissances. Tout ce qui est dit dans ce livre n'engage que moi.

De même, si je m'appuie parfois sur ce que j'ai pu voir ou entendre d'autres opérés, je ne relate ici que mon vécu : mon intervention (un *bypass* gastrique en Y), mes complications, mon apparence, mon mental, etc. En aucun cas, je ne parle au nom de tous les obèses. S'agissant plus spécifiquement du choix de la technique, il ne se fait qu'en fin de parcours, on m'a donc mentionné la *sleeve* à quelques occasions. Pourtant, je n'en parle pas dans ce témoignage. Tout simplement parce que je savais, au plus profond de moi, dès le premier rendez-vous avec le chirurgien, que je souhaitais un *bypass* et que c'était l'opération qui me correspondait le plus, par rapport à mes antécédents.

Il m'apparaît aussi primordial de préciser que lorsque j'évoque la maladie et les difficultés importantes à maigrir, cela concerne l'obésité, soit un Indice de Masse Corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30. Et plus particulièrement l'obésité morbide (IMC de plus de 40), qui est plus susceptible d'entraîner des problèmes de santé. Si vous avez un IMC inférieur, que vous avez pris deux kilos après la tartiflette, la raclette et la fondue des vacances de Noël, la situation est complètement différente. On ne peut pas comparer l'incomparable : perdre quelques kilos qu'on juge de trop n'a rien à voir avec s'en délester de plusieurs dizaines. Cependant, quel que soit votre cas, je pense que certaines astuces et bonnes habitudes que j'ai acquises pendant mon parcours peuvent être utiles à tout un chacun et pas seulement à la population en situation d'obésité.

Bien entendu, comme toute pathologie, ses effets sont variables d'une personne à l'autre et peuvent évoluer dans le temps. Pour prendre un exemple assez parlant non lié à la morphologie, mon fils et moi sommes asthmatiques. Lui a une forme grave, avec un retentissement quotidien sur sa vie. Vu la fréquence et l'intensité de ses crises, il ne peut pas sortir de la maison sans son médicament d'urgence. Tandis que si j'oublie ma Ventoline, j'ai 99 % de chances que tout se passe bien (et c'était déjà le cas avant qu'on me prescrive un traitement de fond). Pourtant, c'est moi l'obèse.

Et si je parle de maladie, ce n'est pas péjoratif (j'aurais peut-être mal pris ce terme à l'époque où ma santé n'était pas impactée, car oui, on peut être gros et aller très bien), je pense que vous le comprendrez à la lecture de ce témoignage. J'espère ne blesser personne,

je sais que le sujet est très délicat, mais s'agissant de mes ressentis et de mon expérience, ils seront forcément différents de ceux d'un autre.



Dans ce récit retraçant mon parcours, de la décision aux neuf mois postopératoires, je ne vais pas exprimer mon poids en kilos, car il ne sera pas parlant. Si je vous dis 100 kilos et que vous faites 1m90, ça ne vous semblera pas gros. Par contre, si vous faites 1m45, tout de suite, vous allez visualiser une silhouette bien différente. Je vais donc uniquement utiliser l'IMC*. Cet indice, validé par l'Organisation mondiale de la Santé, permet de mesurer la corpulence d'une personne en divisant le poids en kilos par le carré de la taille en mètres. Par exemple, pour quelqu'un de 104 kilos et de 1m50 : $104 / (1,5 \times 1,5) = 46,22$. Vous trouverez de multiples sites Internet qui feront les calculs pour vous.

L'IMC se classifie ainsi :

- moins de 18,5 : Insuffisance pondérale
- de 18,5 à 25 : Corpulence normale
- de 25 à 30 : Surpoids
- de 30 à 35 : Obésité modérée
- de 35 à 40 : Obésité sévère
- plus de 40 : Obésité morbide ou massive

Lors de la pesée à mon premier rendez-vous, mon IMC était de 46. Pour vous aider à m'imaginer, voilà ce que ce chiffre représente avec plusieurs tailles (données approximatives qui dépendent de différents paramètres comme l'ossature ou la musculature) :

- 1m50 : 104 kilos
- 1m60 : 118 kilos
- 1m70 : 133 kilos
- 1m80 : 149 kilos
- 1m90 : 166 kilos

De plus, je parle toujours de ma perte depuis le jour où j'ai franchi les portes du CDO*, car je considère que c'est là que mon parcours a débuté. Alors que de nombreux opérés se basent sur la date de leur chirurgie.



La chirurgie bariatrique n'est pas destinée à n'importe qui. Il ne s'agit pas d'une opération pour perdre quelques kilos superflus. Remettons les choses dans leur contexte. Si le taux d'obésité augmente (IMC* supérieur à 30), celui de l'obésité morbide (ou encore dite massive avec un IMC de plus de 40) est relativement stable et concerne environ 1 % de la population².

Pour envisager cette chirurgie, il faut :

- Un IMC au-dessus de 40 (obésité morbide). Les patients présentant une obésité sévère (IMC entre 35 et 40) sont également éligibles s'ils souffrent d'une ou plusieurs maladies associées comme le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, une stéatose du foie, l'apnée du sommeil, une insuffisance respiratoire...

² Sur les conseils de mon nutritionniste, j'ai suivi le MOOC (Massive Open Online Course qui signifie cours ouvert en ligne et massif) gratuit « Chirurgie de l'obésité », proposé par univ-toulouse sur la plateforme FUN (France Université Numérique). Dans la vidéo « L'IMC comme indicateur d'excès de poids », le Professeur Patrick Ritz donne ce chiffre en se basant sur les études ObEpi (enquêtes nationales françaises au sujet de l'épidémiologie de l'obésité).

– Être en échec lors des précédentes tentatives d’amaigrissement. La chirurgie est toujours le dernier recours quand rien d’autre n’a réussi ; ce n’est jamais une décision anodine ou de facilité comme on peut parfois le croire de prime abord (même chez certains futurs opérés).

– Un consentement éclairé : il est impératif que les enjeux soient bien compris par le patient. En effet, cette chirurgie modifie le système digestif en réduisant drastiquement la taille de l’estomac (et le *bypass* va jusqu’à dériver une partie de l’intestin). Elle implique des changements conséquents concernant les habitudes de vie (notamment alimentaires) et le suivi médical est très rigoureux.

Il existe plusieurs contre-indications. Certaines sont temporaires, d’autres irrémédiables. J’en liste quelques-unes à titre d’exemple, mais seul votre CDO* peut vous renseigner par rapport à votre situation personnelle.

Dans les définitives, nous pouvons citer :

- présenter une maladie endocrinienne ;
- quand le risque que fait courir la chirurgie est plus important que le bénéfice qu’elle peut apporter ;
- certaines pathologies graves qui rendent toute anesthésie impraticable (cela semble évident, mais ça va mieux en le disant) ;
- si le suivi est impossible (en raison du lieu de vie par exemple), l’opération sera trop risquée ;
- le *bypass* entraînant une malabsorption³ de

³ Habituellement d’origine pathologique, ce trouble est recherché dans le *bypass* avec la dérivation d’une partie de l’intestin. Cette action entrave le processus

certains médicaments, si ceux-ci sont indispensables, cette chirurgie précise ne pourra pas être proposée.

Les temporaires concernent essentiellement deux situations.

Tout d'abord la dépression sévère. Il faut déjà se faire aider, car cette maladie altère les capacités de jugement et le consentement ne pourra pas être éclairé. De plus, il est compliqué de suivre un traitement médical et d'observer une prise en charge correcte en souffrant de cette pathologie (j'en sais quelque chose, je suis passée par là il y a plus de dix ans). La difficulté à se maîtriser rend également ardue la phase postopératoire et ses « contraintes » (je ne mets pas des guillemets au hasard, vous comprendrez pourquoi au fil de la lecture). En outre, il y a la crainte que la dépression, après un apaisement grâce à l'intervention et la perte de poids, revienne plus forte et conduise à certains actes désespérés. Le risque est accru après chirurgie : on estime qu'il y a quatre fois plus de suicides chez les opérés que dans le reste de la population. Attention avec ce chiffre, car les obèses sont plus fragiles, même avant l'intervention. Cette dernière pourra régler certains problèmes, mais n'effacera jamais certains traumatismes (qui ont pu provoquer une prise de poids) comme de la maltraitance ou de l'inceste. De plus, l'image modifiée de son corps, ne pas se reconnaître, ne pas maigrir autant qu'attendu, ou bien perdre sans avoir anticipé les excès de peau difficiles à assumer, peuvent

normal d'absorption des nutriments (ainsi que de certains médicaments) à travers la paroi de l'intestin, notamment des glucides (sucres) et des lipides (graisses). Cependant, cette malabsorption occasionnant des carences*, il est nécessaire de prendre des compléments vitaminiques à vie.

aussi entraîner une dépression.

Une fois la maladie soignée, la chirurgie peut être envisagée.

Si vous êtes concerné par des troubles des conduites alimentaires, il ne faut surtout pas le cacher de peur qu'on vous refuse l'opération. Au contraire, il est nécessaire d'en parler à l'équipe médicale qui vous aidera à surmonter ce problème pour que l'intervention ne soit pas un échec.

Il faut savoir qu'il existe également des facteurs de risque comme l'âge, un IMC* supérieur à 50, le tabagisme, qui, s'ils n'empêchent pas forcément la chirurgie, doivent être pris en compte pour votre sécurité.

Dans tous les cas, mentir ne pourrait que vous desservir et vous exposerait à des complications pouvant être évitées. Une honnêteté totale avec l'équipe médicale qui vous assiste dans le parcours est indispensable afin de ne pas vous mettre en danger et d'obtenir le meilleur résultat possible à long terme. Au pire, si l'opération est vraiment incompatible avec vos antécédents, on ne vous abandonnera pas. Vous serez pris en charge autrement.

À noter que si vous pensez ne pas rentrer dans les clous, rien ne vous empêche de consulter (vous verrez que j'ai douté moi aussi !), chaque patient est étudié au cas par cas et vous serez accompagné, même si ce n'est pas chirurgicalement.

Toute opération bariatrique fait l'objet d'une entente préalable auprès de la Sécurité sociale et vous

pouvez être amené à rencontrer l'un de leurs médecins. Ce n'est ni inquiétant ni anormal. N'ayant pas été convoquée, je n'y reviendrai pas dans ce témoignage.



L'intervention tend à plusieurs buts, voici les principaux :

– Celui auquel tout le monde pense immédiatement : la perte de poids.

– Le plus important tient en la disparition ou la baisse des comorbidités. Il est par exemple possible de passer d'injections quotidiennes d'insuline à quelques comprimés pour le diabète. Ou encore de récupérer une tension artérielle dans les normes ! Bien sûr, le résultat n'est pas garanti, mais quasiment tous les opérés ont un réel gain sur les maladies associées à l'obésité.

– La diminution des risques de développer d'autres pathologies comme certains cancers (tels ceux du sein, colon, utérus, prostate, rein...). Elle serait d'un tiers selon l'étude SOS⁴ ! C'est énorme. Je vous parlerai de cette étude lors du premier rendez-vous avec le chirurgien.

– L'amélioration de la qualité de vie des patients.

– La normalisation de la fertilité si le poids était la cause de problèmes dans ce domaine.

– En évitant certains décès liés notamment aux cancers et accidents cardio-vasculaires, la mortalité

⁴ *Swedish Obese Subjects*. Il s'agit de la principale étude dans le domaine de l'obésité. Réalisée en Suède, elle a suivi environ 4 000 patients obèses répartis en deux groupes (traitement chirurgical ou prise en charge médicale) pendant dix ans.

serait réduite de 40 % ! Un chiffre qui donne le tournis.

La perte moyenne est de 70 % de l'excès de poids, en conséquence, on ne devient généralement pas mince après ce type d'intervention. C'est une moyenne, ce qui signifie que certains maigrissent plus... tandis que d'autres moins. L'IMC* moyen après la chirurgie est de 30... soit le tout début d'une obésité modérée. Exit l'image du top model donc. On considère qu'à dix ans, les opérés se seront allégés en moyenne des 2/3 de leur poids excédentaire. Je crois que ces chiffres sont essentiels à connaître dès le début. Personne ne peut vous garantir une perte de tant ou tant de kilos. Il est possible de maigrir beaucoup, comme très peu. Mettre une attente trop élevée sur l'intervention risque d'entraîner une déception (ou une frustration) importante et des dommages psychologiques non négligeables.

La décision

J'ai mis des années à me décider, car rien qu'en entendant les mots « chirurgie bariatrique », je suis pétrie de peur.

Peur des risques liés à l'opération en premier lieu. Pourtant, les chiffres sont plutôt rassurants. Peu de décès : 8 à 14 pour 10 000 interventions. Malgré tout, je peux faire partie de ces exceptions. Et puis, il y a les complications... Occlusion⁵, fistule, phlébite⁶, infections, malaises, hernie, problèmes digestifs... On ne parle que de cela, partout.

La peur de la douleur est loin derrière, mais bien présente. Il paraît que ça fait très mal, non seulement dans les jours qui suivent, mais aussi pendant très longtemps en cas de *dumping syndrome*⁷. Et s'il faut se faire retendre la peau car elle n'a pas suivi le rythme ac-

⁵ Il s'agit d'un blocage (partiel ou total) de l'intestin, entraînant un arrêt des selles et des gaz.

⁶ La phlébite, appelée également thrombose veineuse, consiste en la formation d'un caillot sanguin à l'intérieur d'une veine, pouvant être associée à une inflammation. Elle intervient majoritairement dans les membres inférieurs.

⁷ Le *dumping* est une complication fréquente du *bypass*. Il s'agit d'un malaise général qui survient après un repas contenant des aliments souvent riches en sucres rapides. Ces aliments arrivent brutalement dans l'intestin grêle, peu digérés. La concentration importante des molécules des glucides simples attire une quantité équivalente de fluide, ce qui rend l'intestin hypertendu. Des douleurs et crampes apparaissent, pouvant déclencher des réactions hormonales et nerveuses (palpitations, bouffées de chaleur, faiblesse...).

célébré de la perte, on repart sur de nouvelles souffrances de cicatrisation, des années plus tard.

Une autre peur, qui peut sembler étonnante, celle de changer. Physiquement (même si mon corps est perfectible, c'est le mien, je ne connais que l'obésité) et mentalement. Certains témoignages parlent d'impossibilité de se reconnaître, de rejet de ce corps modifié, mais également de divorces, d'amitiés mises à mal.

La dernière peur qui me taraude est celle des contraintes et frustrations après l'opération. Elles seront présentes à vie. Il n'y aura pas de relâchement envisageable. Suis-je prête à ces sacrifices ? Le jeu en vaut-il la chandelle ?

En fait, il reste une crainte que j'ose à peine m'avouer. Il y a longtemps, quand je m'étais renseignée, j'avais lu qu'il pouvait y avoir des fuites anales. À même pas trente ans, ça avait suffi à me convaincre que non, non, non ! Hors de question de perdre (potentiellement, certes) le contrôle total de mon sphincter. De mes souvenirs (car je ne retrouve rien de ce type lorsque je devore tout ce que je trouve sur le sujet avant le premier rendez-vous), c'était expliqué par la malabsorption* des graisses qui lubrifiaient les intestins et les selles glissaient ainsi presque toutes seules dans le colon. Le fait de ne plus en entendre parler me rassure. Au contraire, il est plutôt fait état d'une constipation suite à l'opération du fait de la diminution de nourriture et de fibres ingérées. Ma dignité a une nette préférence pour ce dernier effet secondaire.



Ma généraliste, la Dre Grimaud, évoque cette chirurgie depuis cinq ans, depuis qu'elle a repris le cabinet médical où je suis suivie. C'est la première à m'avoir informée que l'obésité est une maladie, qu'il existe des équipes spécialisées, en milieu hospitalier, et que l'intervention est à envisager dans mon cas, au vu de mon IMC* élevé et de tous mes échecs précédents pour maigrir durablement.

Mais j'ai peur, si peur que je refuse d'en parler.

Comme je l'ai dit plus haut, j'appréhende les risques opératoires bien sûr. Mais je suis aussi terrorisée à l'idée que ça rate, que je ne perde pas, ou que je reprenne. Si le dernier espoir ne fonctionne pas, que me restera-t-il ? Et puis... j'ai honte. Honte de ne pas réussir sans aide. Ce n'est quand même pas si compliqué ! 99 % de la population n'est pas obèse morbide. Si je le suis, c'est parce que je ne bouge pas assez, que j'écoute trop mes douleurs. Et puis, même si je mange sain, je mange trop ! Et la semaine dernière, je me suis offert une glace, alors que j'aurais pu m'en passer. Si je fais plus d'efforts, que j'arrête les féculents, que je fais deux heures de sport par jour, je vais y arriver. Seule, sans aide. Alors je perds quelques kilos. J'en reprends quasiment le double. Comme d'habitude. C'est mon éternel schéma depuis près de vingt-cinq ans, depuis que j'ai consulté pour la première fois lorsque j'étais encore à l'école. Ce fameux effet yoyo.

La Dre Grimaud me reparle de la chirurgie annuellement, juste pour connaître la progression de ma réflexion, me rappeler qu'elle sera là le jour où je serai prête. J'ai conscience de la chance que j'ai d'avoir une généraliste en or, la savoir derrière moi m'a aidée tout

le long de mon cheminement. Tendre la main au lieu de culpabiliser, c'était indubitablement la bonne méthode à appliquer avec moi, même si ça m'aura pris du temps.

Se décider est très difficile. Cela impose de se regarder en face et d'être prêt à s'engager à vie, car il est compliqué, voire impossible, de revenir en arrière. Il est donc normal que cette résolution mûrisse, souvent très longtemps. D'autant qu'une opération qui va changer le métabolisme et impacter le reste de la vie n'est jamais à prendre à la légère.

Parce que oui, après des années à refuser d'en entendre parler, je suis enfin prête à envisager cette possibilité. Ma santé est affectée et c'est ce qui me conduit à sauter le pas. Mes risques cardio-vasculaires sont importants, l'angoisse de mourir ne me quitte plus. En préparant ce livre, j'apprends que les obèses ont quatre fois plus d'hypertension artérielle que le reste de la population en raison d'hormones et de molécules émises par les cellules adipeuses. Je suis loin d'être une exception. D'autres problèmes se rajoutent et me conduisent à consulter une néphrologue. Mon poids revient comme facteur aggravant, encore et toujours. Et ce dernier souci me fait en plus douter que je sois éligible à l'opération. Sur le site du CDO* que j'ai fini par examiner en long, en large et en travers, il est précisé qu'il ne faut pas avoir de pathologie liée à la thyroïde ou aux glandes surrénales. Avec mon nodule surrénalien, je suis convaincue d'être rejetée de cette opération. La Dre Grimaud use de toute sa persuasion et j'accepte d'y aller quand même. Au pire, ils me prendront en charge et m'aideront autrement. Mais à ce stade, enfin disposée

à entrer dans ce parcours, ça serait une nouvelle difficile à encaisser.

Je ne suis pas sûre d'en être capable, mais ai-je encore le choix ?



Hormis les problèmes de santé, plus le temps passe, plus je suis lourde, fatiguée, dans l'incapacité d'accomplir certaines choses, notamment avec les enfants.

Être obèse implique de m'adapter en permanence.

De m'interroger avant de faire quoi que ce soit : « Cette chaise va-t-elle supporter mon poids ? », « Est-ce que je tiens sur ce trottoir ? ».

De devoir me garer plus loin, car la place de parking est trop étroite et que je ne pourrai pas m'extirper de mon automobile.

De pleurer en sortant des courses lorsque je découvre qu'une voiture est collée à la mienne et qu'il m'est impossible de m'y glisser. Car, obèse depuis l'enfance, je n'ai jamais eu le loisir de me faufiler.

D'avancer régulièrement l'heure du réveil, car il m'est de plus en plus compliqué de m'habiller. Le pompon revient aux chaussettes qui sont ma croix journalière.

De demander de l'aide aux collègues pour accéder aux archives, car je passe à peine une cuisse entre les rayonnages.

De prendre des antidouleurs quand je reçois des invités pour réussir à gérer le ménage, la préparation du repas et la visite sans m'écrouler.

Même s'il n'est pas reconnu en tant que tel, je res-

sens mon poids comme un réel handicap, qui me rend la vie difficile au quotidien. Et tout autour de moi me le rappelle constamment. Heureusement, j'ai un travail administratif et je n'ai pas à m'inquiéter à ce sujet, contrairement à d'autres obèses qui peuvent avoir du mal à trouver ou garder leur boulot s'il y a contact avec le public ou beaucoup de manutentions par exemple. Leur apparence ne rassure pas les employeurs potentiels (ce qui est discriminatoire, mais comment le prouver ?), ou les douleurs deviennent invalidantes et rendent certaines tâches difficilement réalisables.



Mon obésité est devenue un fardeau.

Un fardeau physique, car se mouvoir avec plusieurs dizaines de kilos en trop, c'est plus difficile, plus fatigant. Je ne compte plus le nombre de malaises que j'ai fait en jardinant ou en passant simplement le balai. Avec les années, j'ai appris à décomposer toutes mes tâches pour éviter de m'épuiser et d'en arriver à cette extrémité. Cinq minutes par-ci, par-là. Me garer plus près. Échapper aux escaliers autant que possible... Il faut bouger pour aller mieux, mais ça m'est tellement difficile... C'est le serpent qui se mord la queue. C'est venu en même temps que la trentaine. Avant, je faisais partie de ces grosses qui clament qu'elles vivent normalement et qui revendiquent presque fièrement leurs kilos.

Le fardeau est aussi psychologique. Personnellement, je pense le supporter relativement bien par rapport aux témoignages divers que j'ai pu entendre.

Malgré cette acceptation de mon corps, il m'est impossible de me voir en photo. Si je ne suis pas complexée, je ne supporte pas l'image renvoyée par l'appareil. Elle est tellement éloignée de la façon dont je me visualise qu'il m'est intolérable d'y être confrontée. Dans le quotidien, chaque rappel de mon apparence hors-norme est autant de coups de griffes que je reçois. Ça ne fait pas très mal à chaque fois, mais ça égratigne. Je me révèle entièrement couverte de ces cicatrices mentales. Les regards, le mobilier inadapté, les réflexions, les brimades lorsque j'étais petite...

À tout cela s'ajoute la culpabilité, fidèle d'entre les fidèles depuis ma tendre enfance et les insultes de cours de récré. On m'a tellement martelé que si je suis grosse c'est de ma faute que je l'ai toujours cru.

Il y a ceux qui essaient de me faire cracher le morceau : « Non, mais avoue, je ne le répéterai pas. Tu te gaves de paquets de chips quand il n'y a personne, hein ? »

Il y a les médecins qui soupirent devant mon poids, nécessitant de parfois changer de matériel. Une chronique de Baptiste Beaulieu pour France Inter est visible sur Internet⁸ à ce sujet et m'a beaucoup touchée.

Il y a les regards jetés dans mon chariot. Vu que je suis grosse, on peut juger ce que je mange ! Alors que je fais les courses familiales, ce n'est donc pas forcément pour moi. Ce n'est pas parce que je suis au régime

⁸ Baptiste Beaulieu est médecin généraliste, écrivain et militant. Vous pouvez retrouver son intervention en tapant « Obèse ou XXL ? La chronique de Baptiste Beaulieu », le nom de cette vidéo, dans la barre de recherche de YouTube ou de votre navigateur Internet.

permanent que mes enfants doivent l'être également. Encore une fois, mon premier réflexe est de me justifier bien que je n'aie pas à le faire.

Il y a ceux qui se moquent dans la rue (souvent des groupes d'adolescents).

Il y a les comparaisons aux autres, la honte de ne pas réussir à faire autant et aussi bien que mes amis et collègues quand ils se racontent leurs week-ends. Impossible pour moi en fractionnant mes tâches domestiques et parentales d'avoir la même efficacité qu'eux sur tous les fronts.

Avec les années, j'essaie de me blinder, de me cacher derrière une façade, celle de la fille qui s'en fiche, qui assume et est bien dans ses baskets. J'ai tant souffert petite, que sans cette carapace, le quotidien me serait intolérable.

L'obésité morbide abîme le corps et le psychisme. Je ne connais personne qui s'inflige de telles douleurs morales et physiques volontairement, quoi que les bien-pensants en disent.



Maintenant que je suis prête à rencontrer le chirurgien, je n'aborde pas cette opération en me fixant un poids ou un IMC* à atteindre. Sans doute, car j'ai une amie qui a perdu peu par rapport à ce qu'elle espérait, et que ce qu'elle a ressenti comme un échec a été très douloureux pour elle. Ça l'est du reste encore malgré les années passées. J'ai pleinement conscience que je ne pourrais me délester que d'une vingtaine de kilos. Voire

moins. Qui seront toujours ça de gagné. C'est mon état d'esprit. J'aimerais juste casser cette spirale infernale qui me pousse à grossir invariablement. Si je stabilise à un IMC de 38 par exemple, je m'en satisferai. Je rêve de ne plus focaliser sur mon poids, de ne plus craindre le yoyo, de ne plus devoir être dans une restriction perpétuelle et culpabilisante.

Si je souffre des répercussions de mon poids, je n'ai pas de problème particulier avec l'acceptation de mon corps, il me convient tel qu'il est et je crois que ça facilite cette absence d'objectifs. Oui, même si j'ai du mal à me voir en photo car je ne me reconnais pas. Très franchement, je me fous complètement de l'aspect esthétique tandis que c'est la première chose à laquelle les gens pensent lorsqu'on parle chirurgie. C'est vraiment ma santé que je souhaite améliorer, ne plus craindre de mourir et de laisser mes enfants, ne plus me détériorer (je constate que je perds de l'autonomie à une allure qui me terrifie). Si possible, gagner en qualité de vie, notamment au niveau de la mobilité. Au fond de moi, un doux rêve : pouvoir rentrer dans un gilet et ainsi faire du canoë ou du Laser Game. Voire glisser mon corps dans un kart, même si la vitesse me fiche la trouille. J'ai tellement envie de partager des activités avec mes ados que je suis prête à combattre mes peurs. Ça serait la cerise sur le gâteau comme on dit. Pas une seconde, je n' imagine atteindre un IMC* normal.

Le premier rendez-vous

Le cœur battant, je suis les indications sur les panneaux de l'hôpital. Ma main tremble lorsque j'appuie sur le bouton de l'ascenseur qui me rapproche du chirurgien, de ce rendez-vous qui va potentiellement changer ma vie.

Les portes s'ouvrent sur un nouveau couloir, je prends à droite et vais m'annoncer à l'accueil. La secrétaire, Sakina m'apprend son badge, me remet un petit fascicule qui décrit les quatre interventions actuellement pratiquées, puis m'invite à patienter.

Quand je pénètre dans la salle d'attente, les larmes me montent aux yeux. Ici, les fauteuils sont adaptés aux obèses. Je n'en avais jamais vu, je ne savais même pas que ce type de mobilier existait. Ils sont environ deux fois plus larges que la normale, je n'ai pas à rester debout ou à déborder de mon siège en culpabilisant de prendre trop de place.

Je m'installe, confortablement, avec la sensation que je vais trouver dans cet endroit de la bienveillance. Enfin.

En attendant le Dr Champollion, je lis et relis mon petit fascicule, stressée. Un dessin illustre chaque intervention pour une meilleure visualisation. En plus du *by-*

pass qui sera mon opération (même si je l'ignore à cet instant) et dont il est question dans ce livre, il y a la gastroplastie par anneau ajustable, la *sleeve gastrectomy* et le *duodenal-switch*. N'ayant pas eu ces techniques, je n'en parlerai pas plus. Ce document explique que la chirurgie bariatrique, si elle n'est pas miraculeuse, est la solution la plus efficace sur dix ans.



Tout commence par une réunion de groupe, très interactive. Nous sommes trois. Trois femmes (comme 80 % des opérés) à nous jeter dans l'inconnu, à espérer beaucoup de ce premier rendez-vous.

Le Dr Champollion, aidé de diapositives projetées au mur, nous apprend toutes les données essentielles à connaître avant de se lancer. Les différentes techniques chirurgicales, les attendus, les complications possibles, les études (notamment une suédoise, nommée SOS [Swedish Obese Subjects], menée sur une quinzaine d'années avec un échantillon de plusieurs milliers d'obèses). C'est très didactique, il ne se contente pas de dérouler sa présentation. Non, il commence toujours par nous interroger. Il veut savoir quelle est notre compréhension à ce stade, si nous avons de fausses idées sur ce type d'intervention, si des rumeurs nous inquiètent, si nous nous souvenons de nos cours de biologie concernant la digestion, si nous réalisons l'intérêt de couper un bout d'intestin dans le cadre du *bypass*... La discussion est très enrichissante et ainsi, nous sommes vraiment actrices de cette première réunion. Il n'y a pas de jugements, ni entre nous ni de la

part du médecin. Le fait d'être en groupe permet d'avoir des réponses à des questions que nous n'aurions peut-être pas osé poser ou auxquelles nous n'avions pas (encore) pensé.

Revenons plus en détail sur tout ce que le Dr Champollion nous explique.

Nous débutons par les études et j'apprends avec stupeur qu'il est prouvé que, sur dix ans, le combo alimentation + sport + suivi psychologique échoue généralement chez les obèses. Bien sûr, comme pour tout, il n'y a pas de règle absolue. Il peut marcher avec certaines personnes, et rien que pour ça, ça vaut la peine d'essayer avant d'envisager l'opération, mais dans la plupart des cas, le seul effet obtenu est le célèbre yoyo. Nous n'avons pas quelques kilos à perdre liés à des excès, mais bien une maladie qui fait que notre métabolisme utilise très peu de calories pour fonctionner. Découvrir ça, diagrammes à l'appui sur le mur face à moi, est comme un tsunami. Si je ne parviens pas à maigrir, ce n'est pas de ma faute. Ce n'est pas ma faute... alors qu'on m'a rabâché le contraire toute ma vie. Oralement, mais aussi avec le regard, comme celui de parfaits inconnus me jugeant si j'ose manger une glace ou une gaufre en public. Pourtant, même si ça fait du bien à entendre, ma culpabilité, ancrée si profondément en moi, ne s'envole pas d'un coup de baguette magique. C'est « juste » le début d'un long travail.

La même étude nous montre que l'intervention fonctionne vraiment ! Il faut toutefois savoir que près de la moitié des patients grossissent à nouveau, habituellement après quelques années. Il s'agit en général