UNIVERSITÉ TOULOUSE - JEAN JAURES

INSTITUT SUPÉRIEUR DU TOURISME,
DE L'HÔTELLERIE ET DE L'ALIMENTATION

MASTER ALIMENTATION

Parcours « Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation »

MÉMOIRE DE DEUXIÈME ANNÉE

Commensalité conjugale et chirurgie bariatrique : S'adapter à un nouveau quotidien alimentaire

Présenté par :

Marie Furlan

Sous la direction de :

Année universitaire : **2015 - 2016**

Christophe SERRA-MALLOL

UNIVERSITÉ TOULOUSE - JEAN JAURES

INSTITUT SUPÉRIEUR DU TOURISME,
DE L'HÔTELLERIE ET DE L'ALIMENTATION

MASTER ALIMENTATION

Parcours « Sciences Sociales Appliquées à l'Alimentation »

MÉMOIRE DE DEUXIÈME ANNÉE

Commensalité conjugale et chirurgie bariatrique : S'adapter à un nouveau quotidien alimentaire

Présenté par :

Marie Furlan

Sous la direction de :

Christophe SERRA-MALLOL

Année universitaire : **2015 - 2016**

L’ISTHIA de l’Université Toulouse Jean Jaurès n’entend donner aucune approbation, ni improbation dans les projets tuteurés et mémoires de recherche. Les opinions qui y sont développées doivent être considérées comme propres à leur auteure.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont tout d'abord à mon maître de stage, Monsieur **Patrick RITZ**, professeur des universités et praticien hospitalier en nutrition, pour m'avoir aidé à concrétiser deux années de stage dans son établissement, me permettent ainsi de travailler dans le domaine de la nutrition sur un sujet me tenant particulièrement à cœur.
Je remercie tout autant mon maître de mémoire, Monsieur **Christophe SERRA-MALLOL**, maître de conférences en sociologie, pour son aide et son soutien durant ces deux stages de Master et pour la rédaction de ce mémoire, étant toujours disponible et à mon écoute.

J'adresse également de sincères remerciements à tous les patients opérés d'une chirurgie bariatrique et leurs conjoints, qui m'ont donné de leur temps pour aboutir à ce travail de recherche riche en enseignements, mais aussi en belles rencontres.

Merci à Madame **Laurence TIBÈRE**, responsable de formation, pour son soutien pédagogique tout au long de ces années de Master.

J'adresse mes remerciements à toute l'équipe de **l'hôpital Larrey**, pour leur accompagnement durant ces deux stages et pour avoir rendu le climat de travail très agréable.

Mes remerciements vont également à tous les membres de ma classe, qu'ils soient SSAA ou MIRC, pour avoir rendu ces années de Master très sympathiques.
Morgane, merci à toi pour ton soutien et ta collaboration durant ces deux stages de Master, rendant le travail à réaliser d'autant plus agréable.

Je remercie toute ma famille, qui m'a été d'une grande aide durant tout mon cursus scolaire.

Enfin, merci à toi, **Enguerrand**, pour ton soutien lors de la rédaction de ce mémoire et plus largement dans la vie de tous les jours.

SOMMAIRE

Introduction 7

Première partie :

Contexte de l'étude et cadre théorique 9

Chapitre 1 : Naissance du projet d'étude 10

Chapitre 2 : Le couple : une configuration toute particulière 27

Chapitre 3 : Commensalité conjugale et chirurgie bariatrique 45

Seconde Partie :

Méthodologie du projet et résultats descriptifs 74

Chapitre 4 : Méthodologie de collecte des données 75

Chapitre 5 : Analyse des résultats par hypothèses 94

Troisième Partie :

Discussion autour des résultats et application concrète 124

Chapitre 6 : L'adaptation au cœur du quotidien des opérés 125

Chapitre 7 : La création d'un outil de communication utile aux opérés et à leurs conjoints 136

Conclusion 149

Bibliographie 151

Table des annexes 163

Table des figures et tableaux 270

Table des matières 271

INTRODUCTION

« Moi je dirais quelque part… c'est un terme qui m'a interpellé, « une renaissance », mais c'est vraiment ça, c'est renaitre à une autre vie. » (Rachel, 58 ans, opérée d'une chirurgie bariatrique)

De 2006 à 2013, le nombre de procédures de chirurgies de l'obésité a presque triplé, passant de 15 000 à 44 000 opérations par an. Ces techniques chirurgicales, appelées chirurgies bariatriques, en provoquant une diminution des apports alimentaires par modification du système digestif, sont un des traitements contre l'obésité. En effet, ces opérations offrent la possibilité aux personnes obèses, trop longtemps stigmatisées et dévalorisées, de perdre un poids important. La chirurgie est donc vue à leurs yeux comme une renaissance, un nouveau départ, l'occasion de reprendre leur vie en main. Il est vrai que la majorité des opérés bariatriques expriment cette sensation à l'image de Rachel.

Cependant, ces opérations sont tout sauf anodines car elles modifient profondément le modèle alimentaire de l'individu opéré, entre faibles quantités ingérées, éviction de certaines nourritures et boissons, ainsi que changement des rythmes alimentaires.

D'un autre côté, il faut garder à l'esprit que l'Homme est un être social, qui a besoin d'autrui pour se construire lui-même, et notamment au niveau de l'alimentation. La famille contribue à cela en étant un système fonctionnant dans une certaine harmonie entre ses différents membres tout en faisant face à un environnement extérieur. Le repas familial et conjugal revêt une signification toute particulière au sein de celle-ci, en étant présent de différentes manières au cours des évènements de la vie. Du dîner romantique jusqu'au repas traditionnel vecteur de valeurs familiales à transmettre aux enfants, la commensalité, qui est le fait de partager le même repas, prend une place primordiale à tous les âges.

La chirurgie, en modifiant le modèle alimentaire d'un des membres du système familial ou conjugal, perturberait donc l'harmonie de ce système en introduisant un facteur de changement.

Le repas est un réel fait social au sein des familles et du couple, il est important pour l'équilibre du système. Car partager un repas implique bien plus qu'une simple convivialité autour d'une table, c'est un échange à la fois de valeurs et de normes sociales. Dans ce cas, de nombreux questionnements se posent quant à l'impact de la chirurgie, non pas sur l'alimentation de l'opéré lui-même car cela est évident, mais sur celle de toute sa famille.

L'enjeu de cette recherche repose donc sur ces interrogations qui seront riches en découvertes car les impacts sociaux de la chirurgie sont encore trop peu explorés, contrairement aux conséquences purement médicales, cette discipline étant encore récente. La mission présentée ici est un projet qui s'est déroulé sur deux années dans la même structure de soin : l'Hôpital Larrey situé dans la ville de Toulouse (31). Ce centre hospitalier reçoit régulièrement des patients inclus dans un projet de chirurgie bariatrique. Les professionnels de soin étant dans une démarche d'amélioration constante de leurs protocoles, l'exploration d'un tel sujet a attisé leur curiosité. Ce projet constitue un travail de recherche qui doit aboutir sur un outil d'amélioration du vécu postopératoire des opérés dans un premier temps, mais également, et par force, de tout leur entourage familial et conjugal. La question de départ de ce projet est donc de savoir dans quelles mesures l'étude de la commensalité conjugale après une chirurgie bariatrique peut-elle permettre la création d'un outil de prise en charge postopératoire pour améliorer la qualité de vie des opérés et de leur entourage ?

La première partie de ce travail s'articulera autour des recherches bibliographiques réalisées lors de ces deux années, complétées par une étude exploratoire menée auprès d'une dizaine de patients opérés et de plusieurs experts. Le focus sera fait autour d'un système familial tout particulier : le couple. Car la commensalité conjugale est au sein de la vie de celui-ci. C'est au cours du repas que se réaliseront la séduction, mais aussi la discussion et la mise en débat autour de projets concrets de la vie. Nous montrerons donc l'intérêt de la recherche et soulèverons certains questionnements à travers une problématique et des hypothèses de recherche encerclant le sujet de la commensalité conjugale après la chirurgie.

Dans une seconde partie, nous présenterons l'étude probatoire réalisée auprès de vingt couples dont l'un des deux membres a été opéré. La méthodologie sera exposée, tant pour le recrutement de ces couples que pour les outils sociologiques utilisés afin de les interroger. Également, nous analyserons les résultats de cette étude de manière descriptive, une grande richesse des témoignages s'en dégageant.

Enfin, la troisième et dernière partie de ce travail sera l'application concrète de ces résultats sur le terrain, avec la proposition d'un outil pratique visant à améliorer le vécu des opérés bariatriques et de leur entourage. Car au-delà d'une visée théorique, il est intéressant d'utiliser les résultats de cette étude afin d'aider les individus qui vivent au quotidien cette expérience unique avec leur famille.

PREMIÈRE PARTIE :

CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET CADRE THÉORIQUE

Tout d'abord, il est important de préciser que l'accomplissement de ce travail est l'aboutissement de deux années de stage réalisées à l'hôpital Larrey, dans la région toulousaine. De ce fait, cette première partie aborde l'ensemble du travail réalisé l'an passé, à la fois au cours du mémoire de recherche, mais aussi durant un premier stage. Nous allons donc retracer l'histoire de ce projet en rappelant certaines bases théoriques utiles à la compréhension de cette histoire. De la définition même de la chirurgie bariatrique, en passant par la notion de commensalité et les bases des relations conjugales, nous allons aboutir au cœur du sujet d'étude, soit le lien entre chirurgie bariatrique et commensalité conjugale.

Chapitre 1 :

Naissance du projet d'étude

Plus qu'une mission de stage de Master 2, c'est un projet à part entière que j'ai pu concrétiser au cours de ces deux dernières années d'étude. Influencée par mon cursus scolaire précédent, cette mission m'a permis de lier des connaissances en sociologie et en diététique dans un travail concret, mettant en évidence une relation étroite et complémentaire entre ces deux disciplines.
Ce premier chapitre s'attache donc à retracer les étapes de ce projet, du mémoire de recherche rédigé en Master 1, jusqu'à la mission confiée en stage de Master 2.

1. L'exploration d'un nouveau sujet d'étude en sociologie de l'alimentation : apports du mémoire de Master 1

Au cours de mon précédent parcours en diététique, j'ai eu l'occasion de suivre des patients opérés d'une chirurgie bariatrique. Déjà à cette époque, beaucoup de questions se posaient à moi quant au vécu de cette nouvelle alimentation par les patients. Les connaissances en sociologie de l'alimentation acquises au cours de ce Master m'ont permis d'enrichir ces questionnements et ont mené jusqu'à l'étude présente. Un travail de recherche effectué l'an passé, à l'occasion de la rédaction du mémoire de Master 1, a répondu à certains de ces questionnements mais en a fait émerger de nouveaux. Le stage de Master 1, dont nous rappellerons les objectifs plus tard, a donc fait office de terrain exploratoire pour la

rédaction de cette première partie de contextualisation. Les verbatim utilisés ici proviennent donc des entretiens d'experts, de patients et de leurs conjoints, qui ont été réalisés l'année précédente au cours du stage en question.
Mais avant d'entrer concrètement au cœur du sujet d'étude, il est nécessaire de rappeler quelques points explorés l'an passé afin de resituer le travail mené, à commencer par ce qu'est la chirurgie bariatrique.

1.1 La chirurgie bariatrique

« *Bariatrique* » vient du grec « *baros* », qui signifie « *lourd* ». La « bariatrie » est donc la discipline de la médecine qui s'intéresse à l'obésité. La chirurgie bariatrique est une technique chirurgicale récente de la médecine. Ces opérations sont réservées à des patients en obésité sévère. Mais avant de commencer à constater les impacts de celles-ci sur l'alimentation et la vie sociale, il est nécessaire de comprendre comment les individus obèses en viennent à choisir ce traitement.

1.1.1 L'obésité et ses conséquences sociales

Nous avons vu dans l'étude menée l'an passé que l'obésité était nettement plus complexe qu'un simple excès d'apports alimentaires associé à une sédentarité. Les causes de l'obésité sont diverses, complexes, et encore plutôt mystérieuses pour la science, qu'elles soient d'ordre génétique, pathologique, ou environnementales. En revanche, les conséquences sont, quant à elles, bien connues. Celles-ci sont évidemment sanitaires, entre augmentation du risque d'apparition d'un diabète de type 2, de maladies cardio-vasculaires, de troubles articulaires et d'apnées du sommeil[1]. Mais les conséquences sociales ne sont pas à négliger non plus. En effet, l'obèse est victime de ce que Goffman (1963) nomme « *stigmatisation* ». C'est un processus de discréditation et d'exclusion qui touche un individu considéré comme anormal ou déviant. Ce phénomène se déroule en plusieurs étapes :

- Le **label de déviant** est attribué à un individu par d'autres individus au cours d'interactions sociales : dans le cas de l'obésité, le label est l'excès de poids ;

[1] Association Santé Environnement France. Obésité : quelles conséquences sur la santé ? [en ligne]. Disponible sur : http://www.asef-asso.fr/mon-alimentation/nos-syntheses/1789-obesite-quelles-consequences-sur-la-sante. (Consulté le 01-08-2016)

- L'individu se trouve alors **réduit à son stigmate**, ses autres qualités sociales passent au second plan : l'excès de poids attire toute l'attention, faisant oublier les autres caractéristiques de l'individu ;
- L'étiquette justifie une série de **discriminations sociales** : ces discriminations impactent la scolarité, l'emploi, et plus largement la vie de tous les jours ;
- Le stigmatisé **intériorise la dévalorisation** : l'individu en surpoids intériorise son label d'obèse ;
- Le piège se referme lorsqu'**il trouve normal** d'être considéré comme cela.

C'est ensuite Cahnman qui va l'appliquer à l'obésité en 1968. Ce phénomène de stigmatisation n'est pas à négliger car il affecte la trajectoire sociale des personnes obèses. Les discriminations peuvent se dérouler dans plusieurs milieux, tant à l'école que dans la vie professionnelle. Une étude sur le sujet a notamment montré que 23% des personnes obèses de l'échantillon en question estimaient avoir subit des discriminations au moment de la recherche d'emploi et 34% plus généralement au cours de leur vie professionnelle (Dupuy et *al*., 2004). Face à la stigmatisation, l'obèse peut adopter différentes stratégies de résistance (Joanisse et Synnott, 1999 *in* Furlan, 2015). Cependant, l'Homme étant un individu social et sociable, il construit son identité au travers de ses relations avec autrui. La personne obèse va donc être victime d'un mal-être profond suite à cette mise à l'écart de la société. Dans ce cas, l'alimentation peut devenir un refuge émotionnel à chaque fois que l'individu ressentira ces affects négatifs (Quintilla, 2014). L'hyperphagie peut également être purement psychologique, et c'est ce que Bruch nous explique avec ce qu'elle nomme « *obésité de développement* » (Bruch *in* Navaron et Corcos, 2015), lorsque l'ingestion alimentaire en excès résulte de la non différenciation entre besoins physiologiques réels et états émotionnels. Nous retrouvons ici toute la nourriture émotionnelle qui peut être réconfortante et apaisante, qui s'entrevoit très clairement dans le passé de beaucoup d'opéré(e)s[2] :

« *Après je sais que moi je suis quelqu'un, quand je suis triste, j'ai besoin de manger, quand je suis angoissée, j'ai besoin de manger* » (Romane, 24 ans, agent de restauration, en couple, sans enfants, opérée depuis 2 mois, a perdu 24 kg)

[2] Par souci pratique, la marque féminine pour des mots comme « opéré(e) », et « conjoint(e) » ne sera pas utilisée dans la suite de ce document afin d'en faciliter la compréhension. Néanmoins, il est évident que le féminin est pris en compte au même titre que le masculin dans ce type d'appellation.

Bruch distingue également de ce premier type d'obésité, « *l'obésité réactionnelle* », lorsque l'hyperphagie résulte d'un traumatisme (décès, échec, rupture, etc.) :

« J'avais une vie affective qui était un peu chaotique aussi, j'ai pas été forcément tout le temps toute seule mais c'est un peu compliqué, et j'arrivais pas à me stabiliser émotionnellement parlant et du coup j'ai compensé par la nourriture » (Camille, 41 ans, employée administrative, séparée, 2 enfants, opérée depuis 3ans et demi, a perdu 45 kg)

Il est vrai que la population obèse a souvent une histoire personnelle sous-jacente complexe et douloureuse, comme nous l'explique **Madame A**, doctorante en psychologie :

« C'est quand même une population qui a eu […] des abus sexuels, psychologiques ou émotionnels pendant l'enfance, des femmes qui se sont fait battre, des femmes qui ont quand même un rapport à la dépendance quoi qu'il arrive »

Mais l'obésité affecte également les relations interpersonnelles privées. Par exemple, il a été démontré que dans la vie conjugale, lorsque l'un des membres du couple est en surpoids, le moindre commentaire à propos du poids peut entraîner des conflits, éclatants par un réel manque d'estime de soi (Potz Kieffer, 2007). Cette faible opinion d'eux-mêmes peut également faire ressortir une agressivité émotionnelle à la fois sur leur propre personne, mais aussi sur leur conjoint, rendant la communication d'autant plus difficile (Bielecka et *al*., 2012). Dans certains cas, le conjoint peut même être incité à vivre une vie alternative sans le partenaire obèse, ce dernier ayant une tendance à s'isoler socialement et à se replier sur l'univers privé pour éviter le regard et le jugement d'autrui.

Cependant, l'agressivité et la dévalorisation viennent parfois des conjoints eux-mêmes, à travers des remarques blessantes ou des insultes (Lepiller, 2015).

Nous arrivons donc maintenant à comprendre comment les individus dans cette situation en arrivent à une solution plutôt radicale mais non sans risques : la chirurgie bariatrique. Aujourd'hui, le nombre de ces interventions en France est en constante augmentation. En 2006, 15 000 de ces procédures ont été réalisées, contre 44 000 en 2013. Cette évolution rapide nous démontre l'ampleur de ces techniques, pourtant très récentes. Néanmoins, elles n'en restent pas moins des opérations chirurgicales sérieuses, requérant une sélection rigoureuse des patients.

1.1.2 La décision de chirurgie bariatrique

Le parcours des patients pour valider une telle chirurgie est un parcours long, qui dure en général de 6 mois à 1 an, et est ponctué de très nombreux examens. L'an passé, nous avons décrit précisément les critères de validation de ce type de chirurgie définis par la HAS (Haute Autorité de Santé) et ceux-ci sont de plusieurs ordres[3] :

- L'individu doit se trouver dans un **stade 3 d'obésité massive** (caractérisé par un IMC supérieur à 40 kg/m^2) ;
- Ou bien dans un **stade 2 d'obésité sévère** (caractérisé par un IMC compris entre 35 et 40 kg/m^2) avec la présence d'**au moins une co-morbidité** (parmi lesquelles un diabète, une hypertension artérielle, des troubles respiratoires, des troubles rhumatologiques invalidants).

Le pourcentage de masse musculaire doit en plus être suffisant pour supporter l'amaigrissement après l'opération. Enfin, concernant le parcours de l'individu, celui-ci doit avoir subi des échecs de prise en charge diététique et nutritionnelle, preuve d'une réelle résistance du corps à la perte de poids. Toute pathologie entraînant des risques lors de l'intervention chez le patient constitue bien évidemment un critère de refus de la chirurgie. Selon les structures qui réalisent ces opérations, les critères d'opérabilité peuvent varier, même si, dans tous les cas, cette sélection se fait de façon très rigoureuse par une équipe pluri disciplinaire comprenant des chirurgiens, psychologues, médecins nutritionnistes et diététiciens. Cette approche multidisciplinaire permet une étude approfondie de la structure de personnalité de l'individu, de son cadre familial, de ses habitudes alimentaires, et de tout autre critère qui pourrait entrer en compte pour éviter un échec futur de la chirurgie.

Pour en venir aux différentes techniques chirurgicales utilisées, celles-ci consistent globalement à réduire le volume de l'estomac pour amener l'individu à une restriction alimentaire par une satiété qui fait surface plus rapidement[2]. C'est le cas pour **l'anneau gastrique ajustable** et la ***sleeve gastrectomy***. Quant au ***by-pass*** **gastrique** et à la **dérivation biliopancréatique**, la restriction du volume de l'estomac est associée à une diminution de l'absorption intestinale des aliments, amplifiant ainsi la perte de poids. Suite à ces descriptions, nous comprenons bien désormais comment l'alimentation de l'opéré va être impactée.

[3] HAS. Obésité : Prise en charge chirurgicale chez l'adulte, 2009 [en ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_obesite_adulte_chirurgie.pdf (Consulté le 20-05-2016).

1.1.3 Une nouvelle alimentation engendrée par la chirurgie

L'objectif des ces chirurgies étant avant tout la perte de poids et donc l'obtention d'une meilleure qualité de vie, elles impliquent de grands changements au niveau de l'alimentation en de nombreux points déjà vus l'an passé :

- **Les quantités consommées** : le nouvel estomac réduit ne peut accepter que de petites quantités. Ces quantités peuvent augmenter au fur et à mesure des années postopératoires, la première étant la plus difficile à gérer au niveau de l'alimentation ;
- **Les rythmes alimentaires** : pour avoir des apports nutritionnels suffisants, l'opéré doit être capable de fractionner son alimentation sur la journée, en ne buvant les liquides qu'en dehors des repas ;
- **Les modalités du repas** : pour une bonne tolérance des aliments, un certain contexte de repas est requis. Les repas doivent être pris au calme, en prenant son temps et en mastiquant bien afin d'éviter des effets indésirables tels que nausées, douleurs, ou vomissements ;
- **Les aliments consommés** : afin de conserver une bonne perte de poids, il est conseillé aux opérés de consommer de façon équilibrée et saine. Les aliments irritants et fibreux sont déconseillés, tout comme les boissons fortes, acides, ou gazeuses.

Outre cette nouvelle alimentation à adopter, c'est une bonne hygiène de vie qui doit accompagner tous ces efforts. Cela passe donc aussi par la pratique d'une activité physique régulière, même si les recommandations en la matière sont très variables (Musso, 2013).

D'après toutes ces constatations, nous comprenons que, plus que l'alimentation en elle-même, c'est tout le modèle alimentaire de l'opéré qui est amené à changer. La commensalité étant une caractéristique essentielle du modèle alimentaire français, nous en venons à nous poser des questions quant au partage du repas lorsque l'un des membres de la famille est opéré d'une chirurgie bariatrique. Cela étant posé, tout un questionnement s'est réalisé au cours du travail mené en Master 1.

1.2 Le travail mené en Master 1 : articulation entre chirurgie bariatrique et commensalité

Nous l'avons vu, l'alimentation de l'opéré est amenée à changer après une telle chirurgie, tant quantitativement que qualitativement. Mais plus que cela, c'est tout son modèle alimentaire qui est remis en question. C'était d'ailleurs tout l'objet de la précédente étude réalisée l'an passé portant sur la difficulté pour les opérés bariatriques de manger avec les autres en France (Furlan, 2015). En effet, le modèle alimentaire français est très marqué par une caractéristique particulière du repas : la commensalité.

1.2.1 Bases théoriques de la commensalité

Le mot « *commensalité* » vient du latin « *cum* », qui veut dire « *avec* » et « *mensa* », qui signifie « *la table* ». Selon Fischler, la commensalité est donc le fait de manger à la même table (Fischler, 2011). Sobal pose quant à lui que cela représente simplement le fait de manger avec les autres, que ce soit à table ou non (Sobal, 2003). C'est en quelque sorte la transformation d'une expérience égoïste, celle de manger, car purement biologique, en expérience sociale collective (Fischler, 2011). Comme nous l'avons étudié l'an passé, il existe deux types de commensalité (Fournier, 2012):

- **La commensalité ordinaire** : c'est ici le partage du repas habituel de la vie quotidienne. Ces repas sont souvent pris le midi sur le lieu de travail et le soir au sein du foyer ;
- **La commensalité festive ou extraordinaire** : c'est ici le partage du repas festif et inhabituel. Ce type de commensalité est souvent très différent de la commensalité ordinaire, de par son caractère rare. Nous trouvons ici tout repas « du dimanche », repas de fête, repas au restaurant, etc.

La commensalité est donc un phénomène qui mêle à la fois la sphère privée à la sphère publique. Les commensaux, autrement dit ceux qui partagent le repas, créent du lien entre eux en partageant la même nourriture. Pour rappeler le principe d'incorporation de Fischler (2001), nous devenons ce que nous mangeons sur le plan **objectif** (car nous absorbons des nutriments), **symbolique** (car nous nous approprions les qualités symboliques de l'aliment), et **social** (car nous mangeons tel ou tel aliment pour nous distinguer ou nous intégrer à un groupe). Cela étant posé, si nous partageons la même nourriture au cours du repas, qu'il soit festif ou plus quotidien, alors nous tendons à nous ressembler. L'étude de

Fournier (2012) exprime très bien ce lien à travers le vocabulaire utilisé. En effet, il parle d' « *unité commensale* », qui représente l'ensemble des individus qui partagent un repas à un moment T, et de « *cercles commensaux* », qui forment le réseau de personnes avec lesquelles nous sommes susceptibles de manger. À partir de là, nous pouvons dire que la famille est une unité commensale majeure au sein du foyer.

Une étude brésilienne récente s'est intéressée aux différents lieux de commensalité, parmi lesquels la table, le canapé, et le lit (Baeza Scagliusi et *al*., 2016). Il se trouve que les résultats montrent l'importance de la table quant au partage du repas. Celle-ci est considérée comme faite pour se réunir en famille, transmettre des normes, des valeurs et des manières de table aux enfants. De plus, elle aurait une symbolique de sociabilité, d'amour, d'amitié, de pouvoir et de protection. Par rapport à la commensalité sur le canapé et dans le lit, la table implique une hiérarchie et un moment formel et instituant, alors que manger sur un canapé ou sur un lit est fait pour des moments plus intimes et informels. Pour en revenir à l'idée de hiérarchie, Fischler a étudié la forme de la table, qui reflète la hiérarchie au sein du groupe (Fischler, 2011). Ainsi, une table rectangulaire symbolise les positions hiérarchiques des commensaux, comme c'était le cas pour le grand service à la française, qui ne permettait pas à tous de pouvoir accéder aux différents plats selon leur place à table, reflétant de fait leur position sociale. Une table ronde implique en revanche l'égalité entre les commensaux, comme cela s'observe pour certaines cultures asiatiques.

Pour finir, il est important de préciser que « commensalité » ne veut pas forcément dire « convivialité » (Grignon, 2001). Il est vrai que l'expérience du partage du repas peut être un moment vécu comme très agréable, mais ce n'est bien sûr pas toujours le cas, et nous avons chacun des exemples en tête.

La commensalité n'est donc pas un phénomène anodin. Elle rassemble et unit les commensaux afin qu'ils partagent plus que de la nourriture : des normes, des valeurs, et des pratiques. En France, la commensalité fait partie intégrante du modèle alimentaire, si bien que manger seul est très mal vu.

1.2.2 Importance dans le modèle alimentaire français

En France, le repas est considéré comme une véritable institution. En effet, il permet à l'individu de s'intégrer dans la société en mangeant son repas selon des critères bien

précis. La précédente étude s'est déjà bien attardée sur ces questions, mais il est tout de même nécessaire d'en rappeler les grandes lignes pour faire le lien avec le présent travail :

- **La composition du repas** : comme pour toutes les cultures, la France a un répertoire alimentaire bien spécifique, composé de nourritures particulières, qui se combinent d'une certaine manière. C'est l'histoire de la gastronomie française qui a introduit l'importance de cette dimension ;
- **La structure du repas** : malgré une modernisation de l'alimentation allant de pair avec une déstructuration du repas (Herpin, 1988), la structure entrée/plat/dessert demeure la référence en France, alors que ces schémas varient énormément d'un pays à l'autre ;
- **Les modalités du repas** : en France, il y a des « pics » d'horaires de repas, entre 7h et 8h pour le petit-déjeuner, entre 12h et 14h pour le déjeuner, et entre 19h et 21h pour le dîner (De Saint Pol, 2006). En comparant avec d'autres pays comme le Royaume-Uni, ces « pics » y sont nettement moins visibles. La France opère donc un certain synchronisme alimentaire ;
- **Les manières de table** : l'éducation alimentaire des enfants se fait entre autre au moment du repas, en inculquant les « bonnes manières » de se comporter à table, donnant une image très formelle du repas familial. Cependant, certaines prises alimentaires, comme les goûters et apéritifs, peuvent devenir des lieux de transgressions tolérés par les parents pour permettre une convivialité, nécessaire à la construction de l'identité de l'enfant (Lalanne et Tibère, 2008) ;
- **Le cadre social** : c'est ici que nous retrouvons la commensalité. Selon une étude de Valérie Adt (2011), il est démontré que pour 94% des Français, « *bien manger, c'est partager un repas en bonne compagnie* ». La commensalité occupe donc une place primordiale dans le modèle alimentaire français, souvent associée à une convivialité.

C'est au cours du dîner que la commensalité est la plus centrée sur la cellule familiale. En effet, le repas du soir est celui qui agit comme le dernier refuge de la sociabilité familiale (De Saint Pol, 2006). Herpin (1988) nous explique même que « *le groupe familial se rassemble autour de la table d'autant plus souvent que la journée s'avance* ». Et ce phénomène n'est ni récent, ni spécifique à la France. Anne Murcott a mené une étude sur la vision du repas familial en Grande Bretagne, et les résultats sont plus que parlants, les

mères de familles donnent quatre caractéristiques à celui-ci (Charles et Kerr (1988) *in* Murcott, 1997) :

- Tout le monde est assis à table et prend le temps de manger ;
- Il y a des couverts et la famille mange un bon plat ;
- C'est le moment où la famille se réunit pour parler et échanger ;
- C'est une partie de l'existence de la famille.

De plus, la commensalité est synonyme de **socialisation alimentaire**, car c'est au cours du repas et en compagnie de sa famille que l'enfant va adopter le modèle alimentaire des parents, l'imiter ou essayer de s'en distinguer, en formant ses propres goûts et dégoûts, se construisant ainsi lui-même son identité alimentaire. Les enfants peuvent même apprendre à leurs parents des valeurs ou normes alimentaires relayées dans d'autres sphères de socialisation telles que l'école. Ce phénomène est appelé socialisation inversée (Dupuy, 2013).

Mais bien plus qu'un lieu de transmission et d'échange, le repas familial représente l'idéal du « *manger sain* » avec le fait-maison (Sobal, 2014). Nous prêtons donc au repas familial des vertus protectrices contre le surpoids et l'obésité, car le partage du repas pourrait agir comme une régulation sociale de l'appétit, comme nous l'explique Fischler (2012). Et lorsque la comparaison est faite avec d'autres pays, cette théorie est vite vérifiée par certains experts :

« L'une des raisons du faible niveau de prévalence de l'obésité en France serait peut être due au repas conjugal ou familial. Et la commensalité jouerait le rôle d'un garde-fou nutritionnel, il y a un espèce de contrôle implicite qui fait qu'on va pas bouffer n'importe comment et n'importe quoi si on est en couple ou en famille parce qu'on mange à table, c'est un moment qui est privilégié. […] force est de constater que dans les pays où les prises alimentaires sont plus individualisées, on a un mode d'alimentation plus anxieux, un niveau d'obésité plus fort, y a pas que ça mais probablement cet attachement à l'envie de partager et de manger ensemble d'une manière conviviale et harmonieuse, ça joue aussi sur ce que l'on mange et sur les quantités que l'on mange. » (Monsieur T, sociologue)

Cependant, cette théorie est à nuancer car d'autres études, comme par exemple celle de Redd et De Castro (1992), nous indiquent que plus le nombre de convives autour de la table augmente, plus nous aurons tendance à consommer en quantité importante et de façon plus calorique, plus salée et accompagné de plus d'alcool.

De plus, le type de personnes avec lequel nous mangeons est également un facteur à prendre en compte (De Castro, 1994). La durée des repas est plus grande si nous sommes en présence d'amis plutôt qu'en présence de collègues ou de membres de la famille. Concernant la vitesse des repas, elle est plus grande si nous sommes seuls ou en famille, contrairement à la vitesse des repas entre amis, où nous prenons plus le temps de manger. De Castro postule également que les femmes en présence d'hommes auront tendance à consommer plus en quantité, alors qu'elles consommeront moins si elles mangent avec d'autres femmes. Il règne donc une certaine influence normative, qui agit comme une pression de conformité lorsque le repas est pris en commun.

D'autres études, comme celle de Wansink (2004), montrent que plus les contenants, reflétant la taille des portions alimentaires, sont grands, plus l'individu sera entraîné à consommer en quantité. De même que plus les réserves de nourriture dans les placards sont importantes, plus celles-ci seront consommées rapidement. Le phénomène est le même vis-à-vis de la portion consommée par autrui lors d'un repas. Car en groupe, l'individu aura tendance à manger en quantité identique aux autres convives, considérant cette portion comme une norme. Si à table est présent un « bon mangeur », la portion permissible augmente donc (Herman et Polivy, 2005).

Pour résumer, la commensalité a un réel impact sur la façon dont nous mangeons. C'est une caractéristique primordiale de nos modèles alimentaires occidentaux. C'est donc autour de toutes ces recherches bibliographiques que s'est articulé ce premier travail de Master 1.

1.2.3 La problématique de recherche en Master 1

Dans ce premier travail de recherche, la complémentarité entre diététique et sociologie n'est plus à prouver. En effet, la diététique permet de comprendre très clairement les enjeux de la chirurgie bariatrique en termes de santé et d'alimentation. Quant à la sociologie de l'alimentation, elle a permis d'étudier les aspects sociaux gravitant autour du repas pour les opérés ayant ces nouvelles habitudes alimentaires. Néanmoins, le constat est clair : la chirurgie bariatrique étant une technique récente de la médecine, le sujet du partage du repas après une telle opération n'est pas du tout exploité. De ce fait, l'exploration de ce sujet nouveau est très enrichissante.

Connaissant désormais tous ces rappels théoriques sur la chirurgie bariatrique et la commensalité, la problématique du travail de l'an dernier était la suivante (Furlan, 2015) :

« En quoi la nouvelle alimentation d'un patient bariatrique impacte-elle sur sa commensalité ? »

Cette problématique était associée à trois hypothèses différentes, explorant chacune des impacts particuliers de la commensalité :

- **Hypothèse 1** : « *La commensalité peut devenir un frein au respect par le patient de son régime prescrit* » : cette hypothèse cherchait à montrer que les aspects très normatifs autour de la commensalité, liés au modèle alimentaire français, pouvaient mener l'opérer à transgresser ses recommandations diététiques ;
- **Hypothèse 2** : « *La commensalité du parent opéré peut modifier la socialisation alimentaire des enfants du foyer* » : cette hypothèse cherchait à montrer que la socialisation alimentaire des enfants de parents opérées pouvait être perturbée par le changement brutal de l'alimentation après la chirurgie ;
- **Hypothèse 3** : « *La commensalité peut être un des éléments déclencheur d'une remise en question au sein du couple* » : cette hypothèse cherchait à montrer que la commensalité pouvait être un élément déclencheur de crises de couple après une chirurgie, d'autant plus que beaucoup de données tendent à mettre en évidence des éclatements conjugaux après les chirurgies.

Cette troisième et dernière hypothèse étant intéressante pour le commanditaire, et dans l'optique d'améliorer le parcours de santé des opérés en les prenant dans leur globalité en tant qu'individu au sein d'un univers familial, un stage de Master 1 a été proposé autour de ce sujet de recherche, les conjoints d'opérés ayant un rôle non négligeable dans le bien-être postopératoire des patients. La poursuite de ce projet dans cette direction a donc débuté avec un précédent stage de Master 1 qui a précisément marqué le début de la mission confiée.

2. Mission au sein de la structure

2.1 Une mission sur deux ans

Afin d'améliorer la prise en charge des patients et contribuer à leur bien-être postopératoire, prendre en compte la totalité de la sphère familiale est primordial, la chirurgie étant un réel projet de vie. De ce fait, le stage de l'an passé a permis d'englober ce système familial par un travail associé de deux stagiaires, dont moi-même. Un sujet d'étude porterait donc sur les changements du modèle alimentaire de l'enfant dont un parent est opéré, et l'autre porterait sur le bien-être conjugal autour du repas en couple après une chirurgie (le travail présenté ici).

En effet, le sujet de mémoire de Master 1 sur la commensalité après une chirurgie étant très global, il était intéressant de resserrer le travail sur une problématique plus précise ; soit ici la commensalité dans la sphère conjugale. Comme précisé plus haut, un questionnement autour des séparations de couple après les chirurgies s'est posé à moi suite à des entretiens d'experts. Cependant, aucune cause précise de ces séparations n'était mise en évidence. Après tout le travail de recherche autour de la commensalité, il m'est venu à l'esprit que cette dernière pouvait contribuer à influencer le bien-être conjugal et pourrait donc avoir un impact sur les relations de couple. La commensalité étant totalement modifiée par les changements liés à la chirurgie, il serait sans doute intéressant de déceler les déterminants de la commensalité qui pourraient influencer le bien-être conjugal. Ce fût donc tout le travail proposé au cours de ces deux dernières années, lors de deux stages à l'Hôpital Larrey, dans la ville de Toulouse (31).

2.2 Contexte de la mission

Ces deux stages m'ont permis de m'intégrer à une équipe pluridisciplinaire au sein d'une structure hospitalière. La collaboration constante avec tous les membres de l'équipe, qu'ils soient psychologues, médecins, diététiciens, ou infirmiers, a été extrêmement enrichissante. En effet, chacun d'eux a répondu à mes questions lorsque j'en avais besoin et a été prêt à me livrer leur expérience professionnelle au sein de la structure pour m'en imprégner et faire ainsi des liens entre la théorie et la pratique au quotidien. Également, le travail en association avec une autre stagiaire de ma formation a contribué à un climat de travail d'autant plus agréable.

De plus, le commanditaire et maître de stage, constamment dans une optique d'amélioration de ses protocoles de suivi des patients et très impliqué dans l'apport des sciences sociales dans la médecine, a su me donner tous les moyens nécessaires à la bonne réalisation de cette mission.

Ainsi, le premier stage de Master 1 a fait office de phase exploratoire du présent mémoire et le second stage de Master 2 a servi à la réalisation de la phase probatoire, que nous détaillerons plus tard.

3. Une étude exploratoire riche en informations

3.1 Une revue de littérature complétée par des entretiens d'experts

La nouvelle thématique conjugale étant posée, la revue de littérature a donc été une partie importante de cette première phase exploratoire. Les recherches se sont faites dans les domaines suivant :

- **Médecine** : impacts de la chirurgie bariatrique sur la qualité de vie conjugale ;
- **Sociologie de l'alimentation** : bases littéraires sur la commensalité appliquée dans la vie de couple, grandes étapes de vie en lien avec l'alimentation ;
- **Sociologie de la famille et du couple** : bases de la sociologie du couple et de la famille, dynamiques et cycles conjugaux, bien-être conjugal, crises et résolution des conflits ;
- **Psychologie** : impacts psychologiques de la chirurgie sur le bien-être conjugal, crises conjugales et techniques de résolution des conflits.

Le sujet précis de la commensalité conjugale après une chirurgie bariatrique étant peu, voire pas renseigné dans la littérature, j'ai du compléter cette revue bibliographique par des entretiens auprès d'experts de différents domaines (Tableau 1) afin de créer des grilles d'entretiens semi-directifs pour interroger les patients opérés et leur conjoints. La méthode de l'entretien semi-directif a été privilégiée pour recueillir la réflexion même des interrogés et avoir ainsi une pluralité des réponses. Cette méthode d'entretien sera plus amplement expliquée pour la phase probatoire de cette étude.

Tableau 1 : Experts interrogés lors de la phase exploratoire

Nom anonyme utilisé	Profession
Madame L	Diététicienne
Monsieur M	Diététicien
Madame S	Psychologue
Madame B	Psychologue
Madame A	Doctorante en psychologie
Madame C	Psychologue en thérapie de couple
Monsieur T	Sociologue de l'alimentation spécialisé dans la famille

Source : Création personnelle

Enfin, cette phase exploratoire a été l'occasion d'interroger le vécu de quelques patients opérés et de leurs conjoints sur ce sujet précis.

3.2 Entretiens exploratoires menés auprès de patients opérés et de conjoints d'opérés

La grille d'entretien utilisée est proposée en **Annexe A**. Celle-ci a été conçue après l'exploration de la revue de littérature et l'analyse des entretiens d'experts. Que ce soit pour les patients opérés ou leurs conjoints, les grands thèmes de la grille d'entretien étaient les suivants :

- **Présentation de l'interrogé** et de son entourage ;
- Construction de la **décision de chirurgie** ;
- **Histoire du poids** et **rapport à l'alimentation** avant la chirurgie ;
- Étapes de la **prise en charge** ;
- **Rôle du conjoint** et de la famille dans la prise en charge ;
- **Rapport à l'alimentation** après la chirurgie ;
- **Rôle du conjoint** et de la famille dans l'alimentation quotidienne ;
- **Rapport au corps** après la chirurgie et possibles impacts sur la vie de famille.

Un total de 11 entretiens semi-directifs a été réalisé dont huit auprès d'opérés seuls, deux auprès de conjoints d'opérés seuls, et un auprès d'un couple opéré/conjoint interrogés ensemble (Tableau 2). La majorité des opérés était de sexe féminin et la moyenne d'âge de l'ensemble des interrogés gravitait autour de 41 ans.

Concernant le recrutement, certains patients ont été approchés via la structure hospitalière lorsque ces derniers se rendaient à des consultations. D'autres ont été recrutés par le biais d'une association de patients opérés de la région toulousaine principalement via les réseaux sociaux. Tous ces entretiens se sont bien évidemment faits sur la base du volontariat.

Tableau 2 : Patients et conjoints interrogés lors de la phase exploratoire

Prénom anonyme	Âge	Situation familiale	Profession	Chirurgie
Romane	24 ans	En couple depuis 5 ans, sans enfants	Agent de restauration	Perte de 24 kg après 2 mois
Maxime	29 ans	Conjoint de Romane	Employé de bibliothèque	-
Prune	45 ans	Mariée depuis 25 ans, 3 enfants	Aide soignante, ancienne cuisinière	Perte de 50 kg après 1 an et demi
Sébastien	46 ans	Conjoint de Prune	Sans emploi	-
Caroline	38 ans	En couple depuis 4 ans, 1 enfant	Secrétaire	Perte de 60 kg après 4 ans
Mathilde	36 ans	En couple depuis 15 ans, 2 enfants	Employée dans les ressources humaines	Perte de 27 kg après 4 mois
Perrine	45 ans	Mariée, 1 enfant	Cadre dans une entreprise de transport	Perte de 11 kg après 1 mois
Rosa	52 ans	Mariée depuis 4 ans, 2 enfants	Employée dans un hôtel	Perte de 30 kg après 1 an et demi
Camille	41 ans	Séparée, 2 enfants	Employée dans les ressources humaines	Perte de 45 kg après 3 ans et demi
Roxane	50 ans	Mariée depuis 30 ans, 2 enfants	Assistante maternelle	Perte de 50 kg après 2 ans et demi
Patrice (opéré) et Vanessa	42 ans tous les deux	En couple depuis 10 ans, 3 enfants	Policier et employée administratif	Perte de 40 kg depuis 10 mois

Source : Création personnelle

La réalisation de cette phase exploratoire a donc fait émerger une pluralité de réponses des participants, permettant de mettre au point une méthodologie probatoire a plus grande échelle par la découverte de la commensalité familiale et conjugale après une chirurgie bariatrique en mêlant connaissances théoriques et vécu réel des opérés. Le projet avançant dans la bonne direction, la commande a gagné petit à petit en précision.

3.3 Une commande plus précise

Cette mission sur deux ans a donc plusieurs buts. Le **premier objectif** est de combler un vide théorique autour du sujet de la commensalité conjugale après une chirurgie bariatrique en constituant une revue de littérature complétée par des entretiens d'experts. De plus, cet objectif sera atteint par la mise en place d'une méthodologie probatoire afin de recueillir le vécu réel des opérés et de leurs conjoints.

Quant au **second objectif**, il sera de créer une application et des préconisations concrètes sur le terrain. Cela passe par la création d'un outil utile à la prise en charge postopératoire des patients opérés et/ou de leur entourage. En effet, il est important, au-delà du fait de contribuer à faire avancer la recherche, d'appliquer les nouvelles connaissances théoriques au service des structures de soins et de leurs patients.

Ainsi, la commande de la mission à réaliser pourrait se résumer à la question suivante :

Dans quelles mesures l'étude de la commensalité conjugale après une chirurgie bariatrique peut-elle permettre la création d'un outil de prise en charge postopératoire pour améliorer la qualité de vie des opérés et de leur entourage ?

Afin de répondre précisément à cette commande, les phases exploratoire et probatoire vont servir à comprendre ce sujet pour pouvoir par la suite procéder à la création de cet outil.

Jusqu'à présent, nous avons seulement exposé les bases théoriques de la commensalité de façon générale ainsi que les conséquences alimentaires de la chirurgie, tirées du travail de l'an passé. Cependant, le précédent stage de Master 1 a aussi permis d'enrichir les connaissances autour des relations conjugales en lien avec la commensalité après une chirurgie. Les apports des entretiens d'experts et de patients sont primordiaux.

Mais avant d'entrer concrètement dans le sujet d'étude, il est évident qu'une présentation des bases des relations conjugales en elles-mêmes sont nécessaires à la compréhension des dynamiques de couple, le repas ne remplissant pas seulement la simple fonction biologique de se nourrir, mais de partager et échanger pour construire ses relations à autrui.

Chapitre 2 :

Le couple : une configuration toute particulière

Ludwig Von Bertalanffy, un biologiste australien, apporte en 1968 le concept de GST (General System Theory). Cette théorie montre toute l'importance de comprendre l'interaction au sein d'un organisme et les interactions entre ce même organisme et son environnement. Cette théorie a ensuite été appliquée dans d'autres domaines, et notamment celui de la psychologie. En effet, le couple a lui-aussi une organisation systémique marquée par son histoire. Les règles de fonctionnement y ont été établies peu à peu, par essais et erreurs. De plus, chacun de ses membres a appris un mode particulier d'être, de relation, et a construit des attentes vis-à-vis de l'attitude de l'autre. Au sein de ce groupe, il y a une certaine distribution des rôles, des idéologies et des principes. Tous ces aspects forment ce que l'on appelle un « système » (Lemaire, 1998). Mais ce système n'est pas stable et a du faire face à différents changements sociétaux.

1. Le couple : une institution sujette aux changements

Le couple serait donc un système à part entière, se construisant petit à petit pour former un plus grand système appelé : famille. Le concept de famille n'est pas évident à définir car c'est une institution qui a été remise en question bon nombre de fois au fil des époques.

1.1 La famille : une entité discutée

1.1.1 Proposition de définition

La notion de *famille* est très complexe à définir. Selon François De Singly, c'est une « *forme d'organisation sociale de la vie privée* » (De Singly, 2012). La sociologie retient trois caractéristiques pour identifier une famille :

- **La conjugalité** : un lien juridique, un état civil qui justifie la relation des parents ;
- **La consanguinité** : un lien de génération qui unit les membres de la famille ;
- **La co-résidence** : un lien spatial qui réunit tous les membres de la famille au sein d'un foyer, sous un même toit.

Il est vrai qu'en sociologie, le modèle rigide de la famille nucléaire a longtemps été considéré comme la forme dominante des structures familiales. Celui-ci pose une famille « type » composée de deux parents hétérosexuels ayant un ou plusieurs enfants mineurs, et vivant tous sous le même toit. L'approche structuro-fonctionnaliste de Parsons (1955) pose le postulat que la famille est ainsi faite pour s'adapter aux changements de la société en cette époque post révolution industrielle dans laquelle se développe le Taylorisme. De ce fait, la famille remplirait deux fonctions sociales :

- **La socialisation primaire des enfants** : la socialisation est le processus par lequel l'individu devient membre de la société. La famille est donc la première instance de socialisation pour l'enfant avant son entrée à l'école. La famille aiderait donc les enfants à se préparer à une vie de bon capitaliste ;
- **La stabilisation des personnalités** : la vie capitaliste ayant entraîné des relations purement intéressées, la famille aurait également pour rôle un certain soutien affectif par un repli sur la cellule familiale.

Également, chaque membre de la famille doit, de la même façon, se spécialiser pour assurer une cohésion et une réussite optimale. Les parents auraient donc des rôles bien définis (Parsons, 1955) :

- **L'homme, le leader instrumental** : il est celui qui apporte les ressources financières et matérielles au foyer. Ce faisant, il fait le lien vers l'extérieur, vers la sphère publique ;
- **La femme, le leader expressif** : elle est celle qui est en charge de l'éducation des enfants et elle donne également à voir la sphère familiale lors d'invitations de convives par exemple. Elle est ainsi le reflet de la sphère privée et n'est pas réellement présente dans la sphère publique.

Ces approches structuro-fonctionnalistes sont bien évidemment très critiquées car la famille nucléaire est surestimée et n'est pas représentative des différents types de structures familiales. De plus, cette théorie ne prend pas en compte les possibilités de changement de la société et est donc stérile par sa rigidité.

1.1.2 Évolution de la famille

En effet, depuis plusieurs années, nous observons une évolution des structures familiales. De 1975 à 1985, le nombre de mariages a baissé de 30% en France et le nombre de naissances hors mariage a été multiplié par 2,5 (Kaufmann, 1993). Jean Kellerhals note quant à lui une augmentation du taux de divorce, une généralisation des unions libres et le développement des familles recomposées (Kellerhals et *al.*, 2004). Nous sommes donc bien éloignés du modèle de la famille nucléaire décrit précédemment. Les trajectoires de vie sont de plus en plus individualisées car le cycle ordonné de type fiançailles/mariage/maternité n'est plus respecté. Il est vrai que « *Le passé ne peut pas toujours servir de modèle au présent* » (Kellerhals et *al.*, 2004). De Singly (2012) nous dépeint un portrait de la famille moderne suivant deux périodes successives de modernité :

- « ***La première modernité*** » : elle se situe entre la fin du 19ème siècle et les années 60. Pendant cette période, l'amour renforce l'institution du mariage et il y a une division stricte du travail entre hommes et femmes (modèle dominant de l'homme qui gagne l'argent pour le foyer et de la femme qui s'occupe uniquement du foyer). De plus, une grande attention est portée à l'enfant, tant à sa santé qu'à son éducation, et cela fait contraste avec la « *famille traditionnelle* » décrite par Philippe Ariès (2014) dans laquelle l'enfant n'est considéré que comme un adulte en réduction et grandit loin de ses parents auprès d'une nourrice ;
- « ***La seconde modernité*** » : cette période commence avec les débuts du féminisme et des revendications associées. Également, une tension naît entre amour et mariage car les revendications individuelles surpassent le mythe de la « famille heureuse ». Désormais, l'individu doit lui-même être heureux et au sein d'une famille. Le divorce est autorisé en 1975 et la stabilité du mariage diminue. Durkheim, en 1892[4], imagine déjà cet « *affaiblissement du communisme familial* » de la famille moderne. Cependant, cela ne veut pas dire que cette institution est en péril, les individus essaient simplement de combiner accomplissement de soi et stabilité d'une famille.

Ces évolutions de notre société moderne ont donc un impact sur l'institution qu'est la famille, et, de ce fait, redessinent les formes de conjugalité.

[4] DURKHEIM Émile. **La famille conjugale**, cours de 1892, La revue philosophique, 1921 [en ligne]. Disponible sur : http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/textes_3/textes_3_2/famille_conjugale.pdf (Consulté le 20-04-2016).

1.2 Le couple : une relation incertaine ?

1.2.1 La naissance du couple

En un siècle, nous sommes passés du mariage arrangé au mariage d'amour. C'est désormais l'amour qui définit le couple et, sans lui, le couple n'existe pas (Dupré La Tour, 2005). Cependant, toute rencontre amoureuse ne forme pas un couple car le couple ne commence à exister que quand « *les deux partenaires de la rencontre amoureuse se pensent et se disent être 'couple'* » (Dupré La Tour, 2005). C'est un moment purement instituant qui va les inscrire dans un groupe social et qui met en route des processus spécifiques, qui se complexifient tout au long de la vie. Outre la rencontre amoureuse, souvent idéalisée par le symbole du « *coup de foudre* », Alain Girard pose la théorie de l'homogamie dans le choix du conjoint. En effet, et selon lui, même si aujourd'hui les mariages ne sont plus arrangés, nous continuons de subir des pressions sociales extérieures qui font que l'on ne choisit pas son conjoint au hasard. Girard observe que les deux conjoints sont souvent de la même classe sociale et de la même origine culturelle (Girard, 2012). Trois thèses expliquent l'homogamie[5] :

- **Thèse probabiliste** : les individus sont placés dans des contextes où la probabilité est forte de rencontrer quelqu'un dont l'origine sociale est voisine de la sienne, car les lieux que nous fréquentons sont très connotés socialement ;
- **Thèse psychoculturelle** : la similitude des goûts et des habitudes, conditionnée par des éducations similaires, encourage une affection mutuelle des futurs partenaires ;
- **Thèse économique et rationnelle** : la mise en couple homogame est le fruit d'une stratégie rationnelle des deux acteurs qui cherchent, par le biais du mariage, à conserver ou augmenter leurs capitaux matériels et symboliques.

Selon Girard donc, « *le coup de foudre, s'il existe, ne se transforme en liens solides qu'après une assez longue maturation, une lente cristallisation* » (Girard, 2012).

Vingt-cinq ans après les travaux de Girard, Michel Bozon et François Héran confirment cette hypothèse (1987) et ce concept se globalise et se rigidifie autour d'une homogamie à la fois géographique, professionnelle et culturelle. Pour aller plus loin, et pour traiter d'obésité et de mise en couple, l'étude de Christakis et Fowler (2007) démontre que les personnes obèses ont tendance à avoir dans leur réseau de connaissances plus d'obèses par

[5] FOURNIER Tristan. **Sociologie de la famille**. Cours de Licence 3 Alimentation, ISTHIA, Université Toulouse Jean Jaurès, 2013.

rapport à une personne de poids normal, car les individus partagent le même environnement et ont donc plus de chances d'avoir les mêmes variations de poids. Partant de ce postulat, associé à celui de la théorie de l'homogamie de Girard, les personnes obèses seraient donc, pour beaucoup, en couple avec un conjoint lui-aussi obèse ou en surpoids. L'étude de Aarts et *al.* (2015) confirme cette théorie en posant que la moitié de l'entourage adulte des opérés d'une chirurgie bariatrique est en surpoids et un tiers est obèse.
Cependant, cette thèse de l'homogamie est à nuancer car même si le couple cherche à parler un langage commun, une certaine complémentarité est également recherchée. Kaufmann pose par exemple des « *règles de dissemblance* » entre conjoints (1993). Par exemple, il a été montré que les partenaires recherchaient des dissemblances d'écart d'âge ou de taille. De Singly a également étudié le contenu des annonces matrimoniales et a remarqué une typologie genrée (selon le genre) des attributs à mettre en avant dans l'annonce (1984). Ainsi, les femmes mettent en avant leur aspect physique et leurs capacités relationnelles tandis que les hommes valorisent leur profession et leurs capitaux économiques. Ceci prouve qu'une complémentarité sexuelle socialement codée est recherchée. De ce fait, nous pouvons dire que le choix du conjoint tend vers une certaine homogamie, aidant le couple à ne faire qu'un, mais est aussi associé à une recherche de complémentarité.

Le passage du mariage arrangé au mariage d'amour a fortement fragilisé le lien conjugal et Monique Dupré La Tour fait même le lien historique entre cette période et l'ouverture de consultations spécialisées pour les problèmes de couple. Nous avons vu plus haut à propos de la famille que la modernité était marquée par une montée des revendications de la réalisation de soi au sein de la famille. Il en est en fait de même pour l'institution du couple et du mariage.

1.2.2 Évolution du couple

Le mariage n'est plus désormais un rite qui marque l'entrée dans la vie conjugale. Nous l'avons vu, aujourd'hui, les trajectoires individuelles ne sont plus aussi linéaires et le couple se forme de façon plus progressive, par une simple cohabitation par exemple (Kaufmann, 1993). Cependant, le couple demeure une référence centrale dans les esprits des gens et est seulement devenu plus instable car les acteurs exigent plus de lui. C'est la dualité de l'individualisme contemporain que De Singly (2005) nous explique à travers le

double soi de l'identité personnelle : un « *soi pour soi* » et un « *soi pour autrui* ». L'équilibre est très instable entre ces deux entités et l'accent est mis plutôt sur l'un ou sur l'autre selon le milieu social et le contexte, car pour s'accomplir soi-même, « *le soi doit savoir voler, libre de ses mouvements, tout en sachant, lorsqu'il le faut, retrouver ses racines* » (De Singly, 2005).

Si le mariage ne marque plus aujourd'hui le début du cycle conjugal, comment trouver d'autres repères ? Kaufmann (1993) nous explique que l'entrée en couple est difficilement perceptible car il y a un affaiblissement des rites de passage d'une étape à l'autre, soit un arasement des seuils qui rend les cycles « *flous* ». Cela se voit à travers la prise en considération du cycle de vie de la jeunesse, considérée jusqu'au 19ème siècle comme un simple état transitoire de l'enfance à l'âge adulte. De nos jours, l'adolescence est vue comme un cadre de socialisation spécifique et marque une étape cruciale dans la construction de l'autonomie individuelle (Galland, 2011). Cette étape de vie s'étend de plus en plus avec **l'allongement de la durée des études scolaires** et conséquemment, cela devient le moment des essais conjugaux. Cette succession d'essais/erreurs sert de test du partenaire potentiel et de la faisabilité de l'union. **La cohabitation** permet la structuration ménagère, avec un degré de légèreté tout particulier lorsque, par exemple, les parents sont présents pour laver le linge le week-end (Kaufmann, 1993). Mais cette cohabitation entraîne également la mobilisation d'un nouveau système de valeurs entrant en compte dans la dynamique conjugale.

2. La dynamique conjugale

2.1 Le cycle conjugal

2.1.1 Un modèle intelligible

Même si le début du cycle conjugal est complexe à repérer, il s'inscrit à un moment ou à un autre dans le cycle de vie car ce ne sont pas deux phénomènes indépendants. Cependant, le cycle conjugal a sa propre structure en trois temps (Kaufmann, 1993):

- « ***Le temps des incertitudes et des découvertes*** **»** : l'essentiel est investi dans la relation à l'autre, le couple est hors du temps (il vit seulement dans le présent). C'est la découverte d'un avenir possible et d'une identité différente. Cette étape est imprégnée de sentiments et d'émotions ;

- « ***Le temps de l'ambiguïté*** **»** : « *L'histoire de soi s'écrit désormais à deux* ». Cela concorde en général avec l'installation conjugale. Le couple veut avancer et ne se rend pas explicitement compte que des premiers traits dessinent un cadre enfermant l'avenir. Chacun cherche à se sentir en accord avec lui-même dans le moi conjugal en formation ;
- « ***Le temps du confort*** **»** : les deux rôles de chacun se définissent de façon progressive. Les individus se laissent porter par des routines, qui sont des séquences d'actions préprogrammées qui évitent les charges mentales au quotidien. Ce confort s'exprime de différentes manières :
    - **Confort ménager** : le couple a accumulé des objets et appareils divers dans l'univers intime ;
    - **Confort identitaire** : chacun sait qui il est et comment sera fait l'avenir, au prix d'une perte de la liberté inventive de soi des débuts du couple. Cette métamorphose du sentiment est souvent interprétée comme un désenchantement ou un dessèchement de l'amour. Mais les émotions fortes du « *coup de foudre* » des débuts sont essentiellement liées au bouleversement des repères identitaires. Le sentiment est devenu maintenant « *une option libre* », une « *cerise sur le gâteaux conjugal* ».
      Ce dernier « *temps du confort* » peut donc être interprété négativement comme un essoufflement du sentiment amoureux. Cependant, le confort est aussi vu très positivement à travers l'attachement mutuel des partenaires, leur bienveillance, leur dévouement et leur tendresse. L'amour est paisible mais également ponctué de désirs de surprises dans les moments inhabituels (vacances, week-end, etc.).

Structurer le cycle conjugal sur ce modèle est un exercice pour rendre intelligible la réalité sociale, mais en fait, ce processus est plus fourni et complexe, car chaque histoire de couple est une histoire particulière et il n'y a pas un couple type mais des « *couples au pluriel* » (Kellerhals et *al*., 2004).

2.1.2 Le passage de grandes étapes

Sans pour autant traiter d'un « *cycle conjugal* », le couple se forme à travers un passage d'étapes distinctives, chacune très particulières. Le **premier rapport sexuel** a peu

d'importance aujourd'hui car avoir des relations sexuelles n'implique pas forcément que l'on envisage un futur ensemble (Kaufmann, 1993). C'est aussi un des grands changements que la modernité a apporté à la société. Giddens (1992) explique que la dissociation entre sexualité et reproduction autorise le libre choix du partenaire.

La **mise en commun d'objets** au sein du couple est une étape en revanche très importante car les objets véhiculent une partie de soi. Kaufmann (1993) donne l'exemple de la brosse à dent laissée chez l'autre. Cette mise en commun est symbolisée à travers la **cohabitation** du couple.

Enfin, et lorsqu'ils reconnaissent qu'ils sont devenus autre, le couple se marie, il est fier de cette nouvelle identité. La légèreté du présent ne suffit plus, il faut s'inscrire dans un avenir plein de projets. L'évènement du **mariage** marquera simplement le changement d'identité. Le désir d'enfant arrive ensuite dans une perspective d'épanouissement individuel et conjugal.

L'**arrivée de l'enfant** marque un bouleversement dans le fonctionnement psychique du couple et de ses membres et enclenche la « *parentalisation* » des membres du couple (Smadja, 2011). La mère joue un double rôle conflictuel de mère et de femme et doit répartir son temps entre l'enfant et le conjoint. Winnicott compare même le dernier trimestre de grossesse et les premiers mois de la vie de l'enfant à une maladie mentale, car la mère centre tous ses investissements sur son bébé et ses tâches maternelles, au détriment par exemple de sa vie conjugale dans laquelle le père joue un rôle de tiers (Winnicott, 1956 *in* Smadja, 2011). Mais le désir d'intimité conjugale et amoureuse des parents encouragera la mère à « *abandonner* » son enfant, pour reprendre sa place dans le couple parental, rejoindre son mari et redevenir amante. Il est important aussi pour l'enfant de savoir que le couple de ses parents est aussi un couple amoureux, dont il est le fruit. Mais le couple amoureux peut disparaître et laisser place à une équipe parentale lorsqu'il n'y a plus d'érotisation de la relation. Tout comme à l'inverse, l'arrivée de l'enfant peut faire naître le couple amoureux. La parentalité offre des rôles tout à fait différents selon le genre (Smadja, 2011) :

- **Le père** : il a un rôle d'autorité « *non autoritaire* ». Un très fort cloisonnement a lieu entre les temps et les espaces dédiés aux activités professionnelles, familiales, conjugales, et personnelles. Le *soi familial* de l'homme est un soi autorisé à être en même temps un *soi personnel* car la paternité ne requiert pas une présence continue pour sa famille ;

- **La mère** : à l'inverse du père, les frontières entre les temps et espaces de la mère sont beaucoup plus flous, car « *être mère, c'est être disponible* ». Nous trouvons ici une grande importance des rôles de « *care* » (soin) que la mère porte à l'ensemble de sa famille, tant pour ses enfants que pour son conjoint. Un lien peut être trouvé avec les décisions menant à une chirurgie bariatrique. En effet, l'obésité entraînant un vieillissement corporel limitant la santé et la mobilité, de nombreuses femmes souhaitent se faire opérer afin de retrouver ces rôles sociaux de « *care* » auprès de leur famille (Lepiller, 2015).

Outre ces rôles genrés, les parents doivent assurer ensemble un bon cadre pour permettre à l'enfant un épanouissement de sa personnalité mais également une bonne réussite scolaire, tout en le préparant à vivre dans une société qui valorise uniquement la réussite personnelle. C'est donc un travail complexe dans lequel entrent en jeu éducation et affection.

Arrive enfin la période de la **retraite**, qui marque une discontinuité brutale avec une partie de ce que l'on est en attaquant son identité socioprofessionnelle et statutaire. La gestion du temps libre va apparaître comme un enjeu du bien être personnel car la vacuité peut entraîner des angoisses. Les femmes sauraient mieux gérer ce vide du fait des frontières floues entre leurs différentes activités au quotidien, contrairement aux hommes (Smadja, 2011). Lorsque le couple se retrouve à la retraite, les deux partenaires vont devoir mobiliser leurs capacités créatives et dynamiques pour engendrer des temps communs pour le couple. De plus, de nombreuses études ont montré que la sexualité reste très dynamique jusqu'à un âge avancé, conséquence de l'allongement de l'espérance de vie (Bozon, 2009).

2.1.3 La répartition des rôles au sein du couple

L'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) réalise des enquêtes emploi du temps depuis 1940 en France. Ces enquêtes ont pour objectif de recueillir des informations sur l'usage que les individus font de leur temps[6]. Elles consistent en plusieurs points :

- Inventaire des équipements ménagers et des recours aux services marchands ;
- Analyse des conditions de travail, de loisirs, etc. ;

[6] INSEE. Fiche qualité de l'enquête Emploi du temps 2009-2010, 2012. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/methodes/sources/pdf/Fiche_qualite__EDT_2010.pdf (Consulté le 20-04-16).

- Jugement des tâches domestiques.

Les personnes participant aux enquêtes doivent remplir un carnet toutes les dix minutes afin d'y répertorier toutes les activités effectuées suivant différents thèmes (alimentation, ménage, loisir, etc.).

Jusqu'à la fin des années 60, ces enquêtes ne s'intéressaient qu'aux emplois du temps des femmes. Il a donc fallu attendre cette date pour que la question des inégalités de genre dans le partage des tâches domestiques soit abordée. De nos jours, ces inégalités tendent à se réduire mais restent néanmoins toujours présentes. Aujourd'hui, ces enquêtes concernent les personnes âgées de 15 à 60 ans, hors étudiants et retraités.

En 2010, 3h07 en moyenne sont consacrées par jour aux tâches domestiques, contre 3h39 en 1986 et ces chiffres regroupent les données féminines et masculines. Cette baisse s'explique par la hausse de l'activité des femmes et par le fait qu'elles gagnent plus d'argent et peuvent donc s'offrir des substituts marchands (aide ménagère, livraison de repas, etc.). De plus, cela peut aussi être justifié par les progrès des appareils électroménagers modernes qui augmentent la productivité des tâches ménagères. En y regardant plus en détail et en différenciant le genre, nous remarquons sur le Tableau 3 ci-après que le temps domestique a en effet baissé, mais cela concerne les femmes, qui consacraient 5h07 à ces tâches en 1986 contre 4h01 en 2010.

Cette baisse générale est le reflet d'une baisse du temps passé à faire la cuisine (meilleurs équipements et industrialisation de l'alimentation) et à s'occuper des tâches ménagères (Ricroch, 2012). Cependant, le temps consacré aux enfants ne diminue pas, les préoccupations éducatives de l'accomplissement de l'enfant étant grandissantes.

Concernant les hommes, ces derniers consacrent 2h13 aux temps domestiques en 2010 contre 2h07 en 1986. Ceci est attribuable à l'augmentation des temps passés à l'éducation des enfants et aux courses alimentaires. Néanmoins, les inégalités de genre en matière de répartition des rôles domestiques restent fortement présentes et ancrées dans les foyers, malgré une diminution du travail professionnel des hommes.

Également, il est observé que plus il y a d'enfants au sein de la famille, plus ces écarts se creusent, d'autant plus s'il y a la présence d'un enfant de moins de trois ans (Ricroch, 2012).

Tableau 3 : Évolution des temps sociaux quotidiens de 1986 à 2010

	Femmes			Hommes			Ensemble		
	1986	**1999**	**2010**	**1986**	**1999**	**2010**	**1986**	**1999**	**2010**
Temps physiologique	11h25	11h33	11h36	11h12	11h16	11h17	11h18	11h24	11h26
Travail, formation, études	3h16	3h27	3h31	5h47	5h30	5h15	4h30	4h28	4h22
Temps domestique	5h07	4h36	4h01	2h07	2h13	2h13	3h39	3h25	3h07
Ménage, courses	4h10	3h40	3h01	1h10	1h15	1h17	2h42	2h28	2h10
Soins aux enfants	0h42	0h38	0h45	0h10	0h11	0h19	0h26	0h25	0h32
Jardinage, bricolage	0h15	0h18	0h15	0h47	0h47	0h37	0h31	0h32	0h25
Temps libre	3h28	3h46	3h58	4h09	4h25	4h28	3h48	4h06	4h13
Trajet	0h44	0h38	0h55	0h45	0h36	0h48	0h45	0h37	0h51

Source : Ricroch, 2012

À propos de ces inégalités de partage des tâches, la théorie de Becker (1985) propose qu'il est plus rentable que celui qui passe le plus de temps sur le marché du travail laisse l'autre se spécialiser dans les tâches domestiques. Bergstrom (1996) voit quant à lui des modèles de négociation dans lesquels les hommes ayant des revenus plus élevés ont un meilleur pouvoir de négociation pour contraindre les femmes à réaliser les tâches domestiques.

C'est en trouvant un juste équilibre dans cette répartition des rôles que le couple va former son propre espace conjugal et traverser les grandes étapes précédemment détaillées.

2.2 L'espace conjugal

Le concept d'espace conjugal est attribué à Jean Kellerhals (2004) qui lui pose trois dimensions :

- **Les frontières** : pour un aménagement de l'espace conjugal, le couple et chacun de ses membre doit fixer des frontières. Ces frontières sont de deux types :
  - **Frontières intérieures** : elles déterminent jusqu'où va la mise en commun au sein du couple, tant pour des biens matériels que pour des valeurs et normes sociales. Ces frontières déterminent le degré de fusion et d'autonomie du couple, ses valeurs de consensus, de partage et de

similitudes. Néanmoins, il peut y avoir une asymétrie de la fixation de ces frontières entre les deux partenaires ;

- **Frontières extérieures** : elles déterminent le degré de repli sur l'univers domestique, si le couple aura par exemple beaucoup d'amis ou non. C'est en quelque sorte l'environnement du couple.

- **Les objectifs** : ce sont les objectifs fixés par la vie commune. Ces derniers concourent à un climat relationnel agréable, faisant office de ressource pour la vie sociale de chacun. Les objectifs sont à la fois **instrumentaux** et **expressifs**, entre sécurité, stabilité, tendresse et soutien mutuel, distraction, entraide pour la profession, répartition des tâches domestiques, etc. Farber (1962) définit par exemple trois modèles d'objectifs de couple :
  - « ***child oriented*** » : la gratification des enfants prime par rapport à celle des parents. La division du travail est forte, avec un père vecteur d'intégration statutaire et une mère chargée des gratifications des enfants ;
  - « ***home oriented*** » : l'accent est mis sur la vie de famille et non sur les rapports extérieurs à l'environnement. La division du travail est plutôt faible ;
  - « ***parent oriented*** » : la gratification émotionnelle est centrée sur les parents et non sur les enfants. La priorité va à l'intégration sociale des parents et non à la vie de famille. L'organisation des rôles est plutôt égalitaire.

- **L'organisation** : celle-ci se divise en trois temps :
  - La **régulation** : répartition des tâches et des rôles de chacun, c'est en fait la gestion instrumentale et expressive ;
  - La **hiérarchisation** : exercice du pouvoir dans l'allocation des ressources à travers le pouvoir matériel (comme l'argent) et symbolique (comme les normes et valeurs) ;
  - La **routinisation** : normativité ponctuée d'improvisation dans la vie quotidienne conjugale.

L'espace conjugal est donc très complexe à définir et à caractériser. Néanmoins, nous y retrouvons la notion systémique de Ludwig Von Bertalanffy et sa General System Theory.

De plus, tout ce système doit faire face aux différentes étapes rencontrées que nous avons citées plus haut, perturbant le système et pouvant parfois conduire à des crises conjugales.

3. Les crises au sein du couple

3.1 Les causes des crises conjugales

Selon Kaufmann (1993), il y a différents types de causes aux crises conjugales :

- **Causes profondes** : le processus historique d'individualisation de la société fait que l'on regarde son présent de façon critique et on se satisfait moins de l'acquis. Le « *quiproquo conjugal* » apparaît alors lorsque l'on découvre une contradiction. La vie à deux offre un confort tranquille mais la société contemporaine incite à être soi, à construire son individualité et à agir selon ses pensées personnelles. 1 + 1 n'est plus égal à 1 mais à 2. Les deux partenaires commencent à marquer des seuils à ne pas dépasser, à défendre des espaces personnels, à s'échapper dans des projets propres et intimes. L'individu refait surface, il est condamné à partager sans cesse moments individuels et moments conjugaux. Ce double jeu peut permettre de résoudre ce quiproquo, sinon, a lieu l'éclatement conjugal car « *dans les pensées secrètes, un autre personnage peut faire son apparition* ». La notion de « *facettes identitaires* » (Kaufmann, 2015) prend tout son sens quand le degré d'agacement au sein du couple est fonction du degré de la métamorphose identitaire d'un ou des deux partenaires. Ce type de cause profonde est aussi analysé par Kellerhals (2004) sous forme de tension entre fusion du bonheur conjugal et individualisation. De Singly parle lui de « *défense de soi* » (De Singly, 2011), lorsque le conjoint ne se reconnaît pas lui-même, comme s'il jouait un personnage. Ainsi, pour se défendre, il songera à la séparation conjugale ;
- **Causes immédiates** : il y a des évolutions dans le fonctionnement conjugal suite à :
  - **Des difficultés d'ajustement liées aux différences entre conjoints** : le processus de construction conjugale est complexe de part le passé de chacun, l'association entre les deux partenaires paraît incompatible. La théorie de l'homogamie est certes vérifiée, mais nous avons également vu qu'il y a une complémentarité recherchée entre les partenaires, donc normalement, ces différences ne posent pas problème. Cependant, elles deviennent gênantes quand les intérêts personnels de chacun sont en

opposition, ou en divergence sur le projet conjugal. Chacun a un patrimoine de manières d'agir et de penser. Celui-ci est ignoré par l'autre au début du couple par un « *refus amoureux de la critique du partenaire* », mais au bout d'un certain temps, elles peuvent être la cause de la rupture. C'est ce que Dupré La Tour (2005) nomme « *phase de différenciation* », qui est un travail douloureux de l'altérité dans lequel le fantasme du couple fusionnel disparaît ;

- **Une insatisfaction liée à la routinisation de l'existence et à l'affaiblissement de sentiment** : il y a une incompréhension et une désillusion vis-à-vis du cycle conjugal et notamment du *temps du confort*, qui est pourtant une étape normale et naturelle de ce cycle. La passion et la joie vont être recherchées ailleurs car il y a la perception d'une perte sentimentale. Les femmes ressentent plus la perte de sentiment et les hommes la perte sexuelle. Une étude de Francescato a montré que 41% des personnes interrogées lors de son étude sont déçues de l'évolution de la sexualité conjugale considérée comme ennuyeuse (Francescato *in* Kaufmann, 1993). Kellerhals pense que cela est relatif aux écarts entre imaginaires sociaux de la relation conjugale et familiale et quotidien réel des familles.

Chaque couple est donc amené à traverser des périodes de crises suite à des bouleversements de leur organisation systémique lors du passage à différentes étapes de la vie. Cependant, toutes les crises ne mènent pas à l'éclatement conjugal. En effet, de nombreuses stratégies sont utilisées par les individus afin de calmer et résoudre la crise.

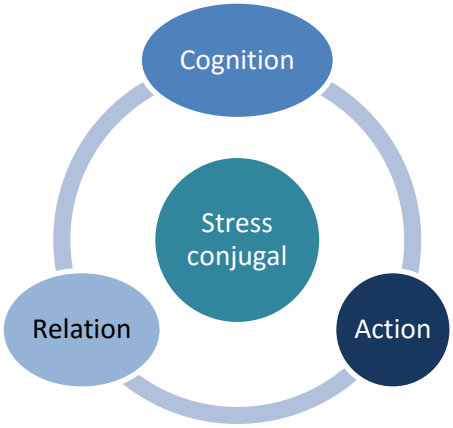
3.2 Résoudre les crises conjugales

À la suite des différentes crises évoquées auparavant, l'éclatement conjugal peut avoir lieu dans le pire des cas, lorsque les partenaires ne parviennent pas à les résoudre. Plusieurs stratégies sont à l'œuvre pour résoudre ces crises, c'est ce que Kellerhals (2004) nomme « *coping* » (adaptation). Ce « *coping* » est un phénomène dynamique pour éviter la crise sans pour autant être dans le déni du problème. Ces stratégies sont plus ou moins actives ou passives et sont de différents types. Elles devront être combinées et dosées de la bonne façon pour éviter l'éclatement conjugal :

- **Stratégies cognitives** : on augmente l'information, on recadre l'évènement ;
- **Stratégies émotionnelles** : on laisse la libre expression de ses émotions ou bien on lutte contre celle-ci ;
- **Stratégies relationnelles** : on contribue à la cohésion du groupe en augmentant la flexibilité des rôles et habitudes de chacun ;
- **Stratégies communautaires** : on mobilise les ressources du réseau de parenté ou institutionnelles ;
- **Stratégies spirituelles** : on se repose sur son système de croyance ;
- **Stratégies de développement** : on renforce son autonomie et son indépendance.

À travers la description de ces différentes stratégies, nous remarquons qu'elles sont de différents ordres et peuvent être scindées en trois pôles de gestion complémentaires suite à un stress conjugal (Figure 1). D'une part, la **cognition** contribue à augmenter le degré d'information, à communiquer davantage sur le problème. D'autre part, l'**action** implique un plus grand contrôle du problème, le couple fait par exemple appel à des experts de la clinique du couple. Enfin, la **relation** concerne le renforcement de la cohésion du couple, le soutien mutuel, les deux partenaires se « serrent les coudes ».

Figure 1 : Les trois pôles de gestion du stress conjugal



Source : création personnelle d'après Kellerhals, 2004

La relation de couple est donc une relation qui se travaille, et il est impossible de se reposer dessus sans éviter l'éclatement conjugal. Chacun des conjoints doit faire des efforts, mettre en place des stratégies de « *coping* » afin de résoudre les crises de couple, presque inévitables. Kaufmann (1993) avance même que la scène de ménage peut avoir un effet régulateur sur les conflits mineurs, car elle agit comme un moyen de communication, pour

« *vider son sac* ». Nous avons vu par exemple qu'il y avait une persistance des pratiques inégalitaires en matière de répartition des tâches domestiques. Ce sujet peut donc devenir une source de conflit dans le couple et peut être résolu par ces scènes de ménages. La réanimation conjugale peut également avoir lieu dans des contextes exceptionnels, comme en vacances par exemple, afin de prendre du temps pour le couple et ainsi communiquer de la bonne façon. Le dépassement de ces crises conjugales par ces différentes stratégies entraîne la maturation conjugale qui débouche sur des liens plus solides. Ainsi, le cycle de vie du couple peut recommencer (Dupré La Tour, 2005).

Les stratégies de résolution du conflit étant toutes très variables et chaque couple suivant un chemin différent, comment est-il possible d'évaluer le bien être conjugal ? Plusieurs auteurs ont contribué à cette évaluation complexe.

3.3 Critères d'évaluation du bien être conjugal

L'observation de ces crises conjugales et des différentes stratégies de résolution de celles-ci a permis à certains auteurs de construire des critères pour évaluer le bien être conjugal. Par exemple, Stinnett et Defrain (1986) posent six facteurs de bonne santé familiale et conjugale :

- Degré d'engagement ou de responsabilisation ;
- Positivité de la communication et expression d'affection et d'estime ;
- Temps partagé ensemble ;
- Bien être spirituel ;
- Aptitude à gérer le stress.

Sur le même type de critère, Kellerhals (2004) expose quant à lui sept évaluations de la qualité relationnelle dans le couple, avec des indicateurs associés (Tableau 4).

D'autres auteurs posent qu'un couple qui vieillit bien signifie que les deux partenaires se portent une reconnaissance mutuelle (Duret, 2007). Un rapport de mutualité est nécessaire à l'alimentation réciproque de l'estime de soi. Chacun reçoit une confirmation de son existence par la place de choix que l'autre lui aménage dans sa propre vie. Et cela passe par des attentions dans la vie de tous les jours comme de la gratitude, de l'écoute, des actions qui en apparence sont minimes et qui pourtant ont une portée majeure.

Tableau 4 : Critères d'évaluation de la qualité relationnelle conjugale

CRITÈRES	INDICATEURS
Considération mutuelle	- Respect des goûts et idées de l'autre - Attention et écoute envers lui - Autonomie allouée - Respect de son travail et de ses contraintes quotidiennes - Confiance et estime - Marques d'affection
Ambiance relationnelle	- Complicité, tendresse et réconfort - Enthousiasme et rire - Colère et irritation - Fatigue - Frustration et inquiétude
Qualité du coping	- Bonne communication sur les problèmes - Mise en accord sur les solutions
Équité dans le travail quotidien	- Répartition des tâches ménagères - Répartition des tâches éducatives
Dépendance vis-à-vis de l'autre	Dans les domaines suivant : idées, opinions, amis, sorties, argent, affectif, statut social, rang dans la société, ménage, éducation des enfants
Atteinte des objectifs	- Sentiment de pouvoir atteindre ses objectifs - Sentiment d'avoir raté des choses
Symptômes dépressifs personnels	- Accompagnement dans les moments difficiles

Source : Kellerhals, 2004

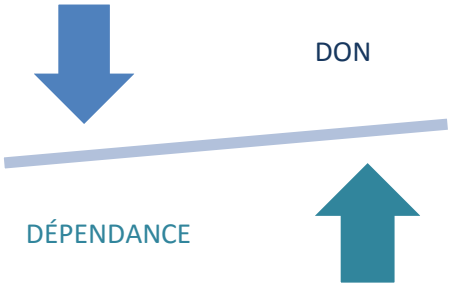
Mais il est vrai que la reconnaissance de l'autre est difficile lorsque la soif de le connaître est essoufflée, peut alors survenir une certaine usure du couple. L'absence de reconnaissance empêche d'entretenir un rapport positif à soi-même, car « *la reconnaissance est une nourriture affective première de l'individu* » (Duret, 2007). La reconnaissance prend deux formes principales :

- **Valeur personnelle** : les membres du couple veulent être reconnus pour leurs capacités, certes, mais aussi indépendamment de celles-ci, pour ce qu'ils sont personnellement ;
- **Identité personnelle** : les membres du couple veulent être reconnus dans leur identité latente, et non leur identité figée. Chacun a besoin qu'on lui offre l'image

de ce qu'il pourrait devenir. Ainsi, en participant à ces possibles identités, le conjoint nous rassure dans notre exploration des possibles, c'est une foi dans le futur et cela aide chacun à la construction identitaire.

Michèle Pagès (2008) nous indique d'ailleurs que la relation amoureuse est un noyau central qui évolue sur un axe entre **don** (faire et donner pour l'autre, l'accepter, etc.) et **dépendance** (pouvoir se reposer sur l'autre, fusionner, etc.). Cette théorie illustre très bien la notion de reconnaissance mutuelle des deux conjoints (Figure 2).

Figure 2 : L'équilibre de la relation amoureuse selon Pagès (2008)



Source : Création personnelle d'après Pagès, 2008

Le couple constitue donc, encore aujourd'hui, une institution solide sur laquelle reposent beaucoup d'espérances de vie de famille. Cependant, l'individualisme de la société contemporaine tend à faire apparaître de nouvelles problématiques au sein du couple, entre stabilité relationnelle et accomplissement individuel. Ce contexte n'a fait qu'ajouter aux problèmes conjugaux, impliquant de nouvelles remises en questions. Mais différentes stratégies peuvent être élaborées par les deux partenaires afin de passer outre et concourir à un certain bien être conjugal.

Les bases en sociologie du couple étant posées, il est maintenant tant d'aborder le sujet d'étude en lui-même, soit la commensalité conjugale après une chirurgie bariatrique.

Car avec les changements alimentaires impliqués par la chirurgie et les effets indésirables, tels que les malaises et vomissements, nous pouvons penser que cela va entraîner des perturbations dans l'organisation même du couple.

Chapitre 3 :

Commensalité conjugale et chirurgie bariatrique

Nous l'avons vu, la commensalité est une composante primordiale dans le repas français familial, et donc conjugal. Il est maintenant temps d'explorer les nouveaux questionnements autour de la commensalité conjugale après une chirurgie bariatrique. Mais la commensalité étant posée ici comme totalement inscrite dans la dynamique conjugale, il est nécessaire de se rendre compte avant tout de l'état des relations de couple après une chirurgie, en mettant dans un premier temps de côté la commensalité.

1. Couple et chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique entraîne une perte de poids conséquente et rapide. Comme nous nous en doutons donc, cela va forcément impliquer des changements au sein du couple, notamment au niveau de l'intimité et du relationnel.

1.1 Changement de la vie sexuelle

Comme nous l'avons dit, la chirurgie bariatrique n'est réservée qu'aux patients en stade d'obésité sévère. L'obésité d'un des membres du couple ou des deux peut avoir une influence sur les relations conjugales. Beaucoup d'études ont démontré les effets délétères de l'obésité sur les relations sexuelles et la fertilité. Il est donc important de comprendre si la chirurgie bariatrique va contribuer à une amélioration ou à une dégradation de ces dernières.

1.1.1 Fertilité

Chez les hommes obèses, des problèmes d'infertilité ont été rapportés. En effet, il y a une relation entre obésité et qualité du sperme (mauvaise morphologie, faible concentration et faible mobilité). De plus, avec l'accumulation de tissu adipeux, la production de testostérone est réduite de par la diminution des fonctions testiculaires (Lazaros et *al*., 2012). Les toxines accumulées dans le tissu adipeux seraient également responsables de

dysfonctionnements érectiles (Rosenblatt et *al*., 2015). La graisse abdominale impliquerait de plus grands risques de ces dysfonctionnements (Esposito et Giugliano, 2005). Après la chirurgie bariatrique, lors de la première année postopératoire, l'infertilité est d'autant plus critique chez l'homme car différentes carences nutritionnelles (Vitamine A, Vitamine D, Vitamine B12, Zinc, Fer, Calcium, Cuivre et Préalbumine) causées par la chirurgie auraient un effet délétère sur la spermatogenèse (Lazaros et *al*., 2012). De plus, avec la perte de poids, la libération de substances toxiques encore méconnues contenues dans le tissu adipeux affecterait également la spermatogenèse (Sermondade et *al*., 2012). Après la première année postopératoire, les rares études citées ci-dessus tendent à montrer que des améliorations apparaissent.

Chez la femme, l'obésité est responsable de troubles de la sexualité, d'un allongement du délai à concevoir et d'un risque accru de fausses couches (Léveillé et *al*., 2011). Contrairement au cas de l'homme, la chirurgie bariatrique, grâce à la perte de poids, entraîne une amélioration de tous ces paramètres avec la reprise de l'ovulation, l'augmentation des chances de grossesses et la diminution des complications materno-fœtales (Léveillé et *al*., 2011). Le désir de grossesse est d'ailleurs souvent la cause d'une demande de chirurgie bariatrique.

1.1.2 Qualité de vie sexuelle

Concernant la qualité de vie sexuelle, les femmes obèses rapportent une vie sexuelle peu active pour la majorité (Kinzl et *al*., 2001). L'intimité peut en effet être affectée par le manque d'estime de soi, comme l'explique **Madame S**, psychologue :

« L'intimité qui peut soit se compliquer, soit disparaitre complètement, soit parce que le mari est plus attiré, soit le mari peut être blessant et faire des réflexions et donc l'image du corps devient catastrophique et l'estime de soi, et la personne se ferme, soit parce que la personne elle même a tellement honte donc elle y arrive plus, même si le mari n'est pas du tout gêné par ça ou le montre pas »

L'amélioration de la vie sexuelle était d'ailleurs en cause pour 25% des décisions de chirurgie d'une étude (Camps et *al*., 1996). Avant la chirurgie, 44% des patientes sont sexuellement satisfaites, et ce chiffre passe à 63% après la chirurgie par une libido améliorée due à une meilleure estime de soi et moins de limites physiques. Cependant, 12% ont vécu une régression de leur vie sexuelle causée par le changement soudain de leur corps, par une libido diminuée (carences nutritionnelles), et par des relations de couple qui

se dégradent (Kinzl et *al*., 2001). Lors d'une autre étude, 25% des opérés pensent que la chirurgie n'a fait qu'ajouter des problèmes à leur sexualité (Camps et *al*., 1996). Lors d'une troisième étude, seulement 1/3 des patients ont vu leur sexualité s'améliorer et 10% l'ont vue se dégrader (Shai et *al*., 2003). Cependant, et de façon globale, les témoignages de patients mettent en évidence une forte amélioration de la vie sexuelle. **Patrice** et **Vanessa** nous expliquent par exemple que les relations intimes sont totalement modifiées par la perte de poids :

-**Patrice** *: « Après d'un point de vue plus intime, je veux dire quand vous faites 130 kg, vous n'avez pas la même vie sexuelle que quand vous en faites 70 quoi... et pour le coup ouais c'est... les sensations sont différentes parce que votre corps est différent, votre centre de gravité est différent y a pleins de choses qui sont différentes... »* (Patrice, 42 ans, policier, en couple avec Vanessa, 3 enfants, opéré depuis 10 mois, a perdu 40 kg)

-**Vanessa** *: « Et puis même on est plus à l'aise avec notre corps... »*

-**Patrice** *: « C'est pas forcément "bon éteins la lumière parce que peut être je vais me déshabiller pour qu'on fasse l'amour quoi" là je veux dire s'il est 3h de l'après midi, que les volet sont ouverts, c'est pas grave, on s'en fout quoi... »*

Cependant, et comme le précise **Romane**, les désagréments causés par la chirurgie peuvent affecter la vie de couple si le conjoint n'est pas bien préparé à accueillir ces changements :

« Là depuis l'opération, je trouve que avec mon copain, l'intimité n'est plus la même parce que y a des choses qu'on gère pas, le fait d'aller aux toilettes tout le temps, de vomir, d'avoir des diarrhées [...] faut aussi être ouvert avec ce genre de choses parce que ça peut être compliqué, puis au début y a les gaz, les machins, franchement au début...et puis non au final, c'est un truc aussi dont je lui avais parlé avant et sur lequel il était préparé et je pense que c'est important parce que ça peut en surprendre plus d'un...» (Romane, 24 ans, agent de restauration, en couple, sans enfants, opérée depuis 2 mois, a perdu 24 kg)

Mais au-delà de la vie intime du couple, c'est également tout le relationnel conjugal qui se trouve être modifié.

1.2 Changement du relationnel conjugal

Nous avons vu dans le précédent chapitre que l'espace conjugal était complexe et se construisait au fil du temps, jusqu'à atteindre un certain équilibre convenant aux deux

partenaires. Mais alors qu'en est-il lorsque cet équilibre est bouleversé par un changement tel que la chirurgie ?

1.2.1 Satisfaction maritale globale

Dans l'étude de Kinzl et *al*. (2001), la satisfaction des relations de couple passe de 55% (avant la chirurgie) à 70% (après la chirurgie). Pour 10% des participants, les relations se sont dégradées à cause de discordances maritales ou de problèmes de jalousie. Car comme l'explique **Madame S**, psychologue, la jalousie des conjoints peut entraîner des conflits conjugaux :

« La littérature montre qu'il y a beaucoup de ruptures, de problèmes de couples (après une chirurgie). Mais c'est qu'à la base, voilà, on voit beaucoup de personnes devenir jalouses, se sentir en insécurité parce qu'ils ont tout d'un coup peur que la personne les trompe ou les quitte. Et ça les rassurait bien finalement d'avoir une personne qui était pas très bien dans sa peau et ils s'en rendaient pas forcément compte mais du coup voilà, ils peuvent devenir jaloux, et ça complique les choses »

Cependant, les couples de l'étude précédemment citée se sont révélés, pour la plupart, être malheureux en mariage déjà avant la chirurgie. En effet, beaucoup de professionnels s'accordent à dire que la chirurgie n'est pas la solution aux divers problèmes préexistants chez des couples fondés sur des bases peu solides :

« Je pense que c'est un peu comme un bébé quoi, un bébé ça sauve pas un couple, une chirurgie non plus quoi. Donc je pense que si déjà le couple allait mal, ça va pas tendre à aller mieux » (Madame L, diététicienne)

Mais néanmoins, même si le couple est fondé sur des bases solides, les problèmes de jalousie existent et obligent certains couples à traverser une période de crise :

« Quand on maigrit c'est vrai, et on a rencontré des difficultés c'est sûr dans ce chemin là de 4 ans, ça a été compliqué parce que je maigris, parce que même si en étant obèse j'étais féminine, voilà on se fait plus draguer, plus regarder et donc il est jaloux (son conjoint) et ça a été très compliqué pour lui le pauvre […] je changeais ma façon de m'habiller du coup, je suis restée autant féminine, voire plus, c'est obligé, on change notre façon, et du coup non sa jalousie s'est amplifiée, on a failli se séparer... , après voilà c'est à moi de le rassurer » (Caroline, 38 ans, secrétaire, en couple, 1 enfant, opérée depuis 4 ans, a perdu 60 kg)

Une étude a montré que la satisfaction maritale pouvait être corrélée avec l'histoire de l'obésité. En effet, plus l'obésité est tardive (après l'âge de 14 ans), plus l'insatisfaction maritale est grande (Hafner et *al*., 1987). Ce postulat est appuyé en d'autres termes par **Madame S**, psychologue, qui pense que la prise de poids est mal vécue si elle a eu lieu après la mise en couple avec le conjoint :

« Les femmes vont avoir d'autant plus honte d'elles si elles ont pris du poids pendant (la mise en couple), [..] J'entends souvent « mon mari m'a connu différemment », ou « j'étais pas comme ça quand mon mari m'a connu », donc des complexes qui s'installent »

Sébastien a par exemple été ravi de retrouver le corps de son épouse, **Prune**, tel qu'au début de leur mise en couple, et a l'impression de littéralement retrouver sa femme :

« Ah ben moi je suis ravi qu'elle ait perdu comme ça (du poids). Ah oui oui oui. Physiquement je la retrouve hein, ça n'a rien avoir... je la retrouve comme je l'ai connu. » (Sébastien, 46 ans, époux de Prune)

Ce postulat est corrélé avec l'étude de Pories qui explique que pour les patients de poids normal au moment du mariage, la perte de poids due à la chirurgie a de bons effets sur le couple. Au contraire, pour les patients déjà obèses au moment du mariage, la perte de poids peut être un peu plus mal vécue par le couple (Pories et *al*, 2016).

Une autre étude a trouvé un lien entre insatisfaction maritale et problèmes psychologiques. Sur les 31% de patients insatisfaits de leur vie maritale, il a été découvert que 80% d'entre eux avaient des problèmes psychologiques avant la chirurgie bariatrique (Guisado et *al.*, 2004).

1.2.2 Estime de soi

L'obésité, à la suite de multiples phénomènes d'exclusion, implique, en majorité, une opinion très négative sur soi-même, une dévalorisation de tout ce que l'on entreprend, et parfois des comportements hostiles envers soi-même. Les phénomènes « yoyo » du poids ajoutent encore une déception et une certaine détresse. Ces émotions négatives sont souvent reportées sur le conjoint et cela peut nuire aux relations de couple par une critique constante de l'autre, un désir d'hyper contrôle de la relation, etc. Nous pouvons donc nous dire qu'après la chirurgie, avec la perte de poids et l'amélioration de l'estime de soi, ces comportements agressifs tendent à diminuer (Bielecka et al., 2012). Pories a également constaté une amélioration de l'estime de soi observée par les conjoints d'opérés chez les

opérés eux-mêmes, entrainant une meilleure vie conjugale, tant dans l'intimité que dans le relationnel (Pories, 2016).

Cependant, ce regain d'estime de soi peut amener l'opéré à remettre en question un grand nombre de choses dans sa vie, parmi elles, sa relation de couple. Par exemple, certains patients, par souci d'épanouissement de soi, comme l'explique De Singly, décident de tout quitter :

« Il y en a une après l'opération elle avait une envie de liberté, elle a tout quitté, mari, enfant et elle est super épanouie, en tout cas pour l'instant. Et voilà, elle a accepté ça parce qu'elle se sentait prisonnière et qu'elle n'avait pas d'autres possibilités que ça, et puis le jour ou ça s'ouvre et voilà elle a besoin de tout, elle a besoin de se sentir libre et de vivre seule, de se retrouver elle » (Madame S, psychologue)

Nous avons en effet vu lors de l'étude du couple contemporain, que celui-ci est sujet à de nombreuses remises en question par un encouragement de la société à s'accomplir soi-même, au détriment du couple. Nous retrouvons donc ici un exemple de ces remises en causes entraînées par un changement brutal de l'image de soi déclenché par la chirurgie.

De plus, il est important de préciser que tout le processus de chirurgie bariatrique apparaît clairement dans le discours des opérés comme étant une volonté personnelle, qui ne peut être entravée par personne d'autre, pas même par l'entourage proche :

« Je crois qu'il y a une sécrétion d'un truc qui fait qu'on est vraiment en super forme ! Et du coup ben je crois qu'il n'a pas suivi quoi (son ancien conjoint), il n'a pas suivi et surtout je vous dis ça avait commencé à se détériorer et il a perdu le fil en fait de notre histoire, et ben moi je l'ai carrément laissé partir, j'ai pas trop attendu, je me suis concentrée sur moi à ce moment là » (Camille, 41 ans, employée administrative, séparée, 2 enfants, opérée depuis 3ans et demi, a perdu 45 kg)

Il est certain que la perte de poids contribue à un regain d'estime de soi et donc à une amélioration des relations de couple. Cependant, parfois, les déceptions ne sont pas rares car beaucoup d'opérés ont des attentes peu rationnelles en termes de perte de poids (Wadden et *al*., 2001). Même avant l'opération, l'équipe de soin insiste sur le fait que le poids n'est qu'un chiffre et ne doit pas devenir une obsession, comme nous l'explique **Monsieur M**, diététicien :

« C'est déjà pour eux un problème de venir consulter des personnes inconnues parce que « j'ai un problème » et là un problème de poids donc c'est un problème aussi bien pour eux visuel que articulaire, que dans la vie de tous les jours, ce qui fait que déjà ils prennent un coup dans leur

fierté. Donc quand ils viennent en consultation, on leur explique bien que le poids ça doit rester un chiffre sur une balance. Mais c'est vrai qu'ils font assez rapidement, très très vite des fixettes sur leur poids. Ils ont l'impression qu'en venant nous voir, on attend qu'une chose : qu'ils perdent du poids. Alors on explique bien que non »

Néanmoins, cette peur de reprendre du poids peut persister après la chirurgie, comme nous l'explique **Madame S**, psychologue :

« Y a la peur de reprendre du poids des fois, donc quand ils voient qu'ils perdent rapidement certains peuvent s'inquiéter de manger telle ou telle chose parce qu'ils sont restés avec ces peurs de reprendre du poids, de ne pas en perdre suffisamment, ils regardent beaucoup la balance »

Prune a par exemple été victime de ce genre de craintes après l'opération, craintes qui se sont vite calmées avec l'arrivée de sa perte de poids :

« Une peur quoi, ce que j'ai ressenti c'était une peur de pas perdre. Voilà c'est toujours cette peur de l'inconnu, de se dire "si ça marche pas... ?". De pas perdre assez. C'est vrai qu'en perdant comme ça toutes les semaines, mon moral a suivi quoi.» (Prune, 45 ans, aide soignante, en couple, 3 enfants, opérée depuis 10 mois, a perdu 50 kg)

Certains, comme **Patrice**, gardent ces mêmes angoisses, après presque un an postopératoire :

« Moi j'ai des périodes de doutes où je me dis "merde, ça s'arrête déjà ?!", je suis très content j'ai perdu 40 kg c'est super, mais après je me dis…, alors encore une fois c'est le truc de peut être placer la barre un peu haute, alors je monte sur la balance, je fais la gueule à la balance pendant quelques jours, enfin bon...parce que c'est pas que c'est râlant mais bon, je me dis, comment ça se fait que moi j'y arrive pas...alors je l'ai la réponse, simplement parce que chacun est différent »

(Patrice, 42 ans, policier, en couple, 3 enfants, opéré depuis 10 mois, a perdu 40 kg)

En effet, selon les patients, nous pouvons constater que chacun évolue différemment. La perte de poids ne se fait pas au même rythme et n'est pas la même pour chacun. **Camille** a par exemple arrêté de perdre du poids deux ans après son *bypass*, alors qu'elle avait des attentes plus élevées et désirait au moins sortir des critères définis par l'obésité dite « *morbide* » :

« Je suis encore en morbide, je suis pas loin de passer en obésité sévère, je suis à 2kg, ça a l'air de rien, mais j'arrive pas à les perdre, j'arrive pas à redescendre, à redécoller, à refaire partir la machine et sans pour autant manger différemment, c'est ça qui est agaçant, on se dit "mais qu'est

ce qu'il faut que je fasse de plus ?" » (Camille, 41 ans, employée administrative, séparée, 2 enfants, opérée depuis 3ans et demi, a perdu 45 kg)

Dans ces cas de figure, considérés comme des échecs personnels selon les patients, les réseaux sociaux peuvent devenir des outils qui, malgré leur grande utilité en termes de source d'information, dévalorisent certains :

« C'est rageant… Je suis une des seules du groupe (Facebook) à avoir ce problème là, d'après ce que je lis dans les commentaires sur le groupe de discussion, c'est pas évident de se sentir un peu à l'écart par rapport à d'autres qui ont réussi en partant d'aussi haut que moi » (Camille, 41 ans, employée administrative, séparée, 2 enfants, opérée depuis 3ans et demi, a perdu 45 kg)

N'étant pas tous égaux devant une perte de poids plus ou moins élevée, des déceptions peuvent se faire ressentir lorsque l'objectif visé n'est pas atteint. Cela peut bien évidemment impacter sur l'estime de soi et donc faire apparaître des tensions au sein du couple. Néanmoins, et même lorsque la perte de poids est intense, la rapidité du phénomène implique un nouveau rapport au corps.

1.2.3 Rapport au corps

Avec la perte de poids engendrée par la chirurgie, qui est souvent rapide et importante, l'opéré peut ne pas être bien préparé à son nouvel « *espace corporel* » (Croiset et Sordes-Ader, 2014), à sa nouvelle identité, comme nous l'explique **Madame A**, doctorante en psychologie :

« Parce que souvent ils n'arrivent pas à se projeter. Moi la grosse problématique que j'ai soulevée c'est autour de l'image du corps […], ils n'ont aucune image, schéma corporel de leur corps, après l'opération ils en ont absolument pas conscience et à partir de 9-12 mois (postopératoire), ils commencent seulement à percevoir un corps qu'il faut complètement se réapproprier »

Par exemple, des troubles de la dépersonnalisation peuvent avoir lieu chez les opérés. Ces derniers rapportent qu'ils ont l'impression de ne pas être dans leur corps, comme s'ils se voyaient de l'extérieur (Hunnemeyer et *al*., 2012). D'autres encore continuent de se voir comme ils étaient avant l'opération, malgré la perte de poids parfois impressionnante. Les photos peuvent par exemple devenir des outils pour la visualisation et l'acceptation de ce nouveau corps, ou tout simplement le fait de ne plus porter la même taille de vêtements :

« Je me prends en photo toutes les deux semaines en sous-vêtements et ben là déjà ça trompe pas, on peut rien cacher, en plus là je vois vraiment une évolution, mais quand je me regarde dans le miroir non. Après je vois que ce short je pouvais plus le mettre mais c'est tout et puis que mon jean que je mettais avant l'opération, il devient importable mais à la limite j'ai l'impression que c'est lui qui a grandit tout seul ! (rire) et que c'est pas moi qui ai diminué » (Romane, 24 ans, agent de restauration, en couple, sans enfants, opérée depuis 2 mois, a perdu 24 kg)

« Je suis allée faire les soldes et j'ai dis à la vendeuse "il me faut la taille XL", elle me dit "oui c'est ça ! Il faut pas du tout de la taille XL !" (rire) et donc elle m'habille, et c'était le même magasin où je m'habillais avant, et donc elle me dit "voilà, avant vous vous habillez en 3XL, aujourd'hui vous mettez de la taille M/L", et là je me suis dis « ah ouais !, ça y est, effectivement ! » (rire). Voilà là je réalise bien. » (Mathilde, 36 ans, employée administrative, en couple, 2 enfants, opérée depuis 4 mois, a perdu 27 kg)

Nous pouvons donc imaginer que les dépressions en postopératoire ne sont pas des cas si isolés, surtout après les deux premières années suivant la chirurgie, lorsque la perte de poids désirée n'est pas atteinte ou si le poids se stabilise. D'autres problèmes de remodelage du corps (tablier abdominal, etc.) peuvent également contribuer à ces dépressions (Fournis et *al*., 2014). En effet, les transformations du corps ont été évoquées lors de chaque entretien par les opérés eux-mêmes, car la perte de poids entraîne un relâchement de la peau sur certaines parties du corps (bras, ventre, cuisses et poitrine sont les plus évoquées). Le sport s'impose à tous les opérés comme étant une première solution efficace pour remédier à ces problèmes. La chirurgie réparatrice, quant à elle, est envisagée dans un second temps.

Afin de reprendre une activité sportive ou bien d'en débuter une après la chirurgie, le milieu associatif est un très bon moyen d'encouragement à sa pratique. Certaines associations organisent des sorties sportives ludiques et leurs membres partagent régulièrement sur les réseaux sociaux leurs expériences en matière d'activité physique, se motivant mutuellement, comme nous l'explique **Vanessa**, qui s'est remise au sport après l'opération de son mari **Patrice** :

« Voilà avec l'association, on s'est tous plus ou moins motivé, comprendre que effectivement on maltraite notre corps, on est contents les kilos partent...oui mais c'est désastreux une fois que les kilos sont partis ! La peau est distendue, enfin que ce soit pour un opéré ou sans être opérée, du coup on se dit "oui il faut que je fasse du sport, le sport va m'aider à remodeler un corps, de

s'approprier une image", donc voilà, l'association a participé un peu à ça, et puis c'est vrai qu'on se motive tous, dès qu'il y en a un qui court, on partage avec les copains, on s'encourage, "s'il a réussi, je vais essayer moi d'en faire un peu plus" » (Vanessa, 42 ans, employée administrative, épouse de Patrice)

Pories observe ce genre de phénomène dans son étude auprès de couples dont l'un a vécu une chirurgie. Le regain d'énergie de l'opéré va encourager le couple à refaire ensemble des activités, notamment sportives (Pories, 2016). Le sport est effectivement primordial vis-à-vis de l'amélioration des bénéfices de la chirurgie, même si les recommandations en la matière sont très variables selon les structures de soin et les professionnels de santé (Musso, 2013).

Néanmoins, et malgré les désagréments physiques de la perte de poids, celle-ci est souvent très bien accueillie par les opérés, car ils peuvent reprendre plaisir à s'habiller :

« Je suis passée d'un 52-54 à un 38-36 donc ...Voilà je rentre dans n'importe quelle boutique et je m'habille n'importe où, ce qui me fait plaisir voilà, je rentre dedans et le regard n'est plus le même. D'ailleurs maintenant c'est devenu un jeu avec ma fille puisque on a la même taille de vêtements (rire), celle qui a 17 ans. » (Prune, 45 ans, aide soignante, en couple, 3 enfants, opérée depuis 10 mois, a perdu 50 kg)

Ce nouveau corps est donc difficile à apprivoiser, entre trouble de la nouvelle image corporelle et désagréments dus à la perte de poids. Ce nouveau rapport au corps peut être très bénéfique au couple comme nous l'avons vu, mais il ne faut pas perdre de vue que cela peut aussi bouleverser l'équilibre de la dynamique conjugale.

1.2.4 Naissance de crises

Avec ce nouveau bien-être corporel, l'opéré peut redécouvrir ou simplement découvrir un nouveau rapport à la séduction ou une nouvelle personnalité, choses qui peuvent déplaire à son conjoint :

« C'est comme s'ils ouvraient les yeux sur quelque chose. Les patients qui sont en obésité morbide, d'ailleurs ils me le disent, malgré un poids imposant, ils sont « des petites souris qu'on ne voit jamais », ils sont invisibles, c'est des mots qu'on retrouve souvent. Et là, ils deviennent normaux et […] visibles aux yeux de la société. Donc ils prennent une place qu'ils avaient perdue, une place qu'ils n'avaient jamais eue. Du coup, il y en a certains qui ont une personnalité qui change

complètement. Des personnes hyper introverties qui vont devenir extraverties. Le corps devient sexué donc objet de désir, le conjoint il était, il se complaisait aussi d'avoir peut être une personne qui n'attirait pas le regard. Et de là rentre un regard du tiers au sein du couple et comment va être discuté ce nouveau regard » (Madame A, doctorante en psychologie)

Nous retrouvons les théories sociologiques de Kaufmann exposées auparavant à propos de la construction de l'individualité au sein du couple lorsque « *dans les pensées secrètes, un autre personnage peut faire son apparition* » (Kaufmann, 1993).

Roxane a également son opinion sur la question, mais pense malgré tout que l'éclatement conjugal ne peut se concrétiser que s'il y a un problème sous-jacent dans le couple :

« C'est sûr quand on est obèse, on est terré chez soi, on voit personne. Peut être que quand la personne maigrit, elle a peut être envie de voir si elle plait toujours, et si peut être ça engendre, je sais pas...Donc je pense pas que le bypass contribue vraiment à une séparation, c'est vraiment parce que au départ il y a quelque chose. » (Roxane, 50 ans, assistante maternelle, en couple, 2 enfants, opérée depuis 2 ans, a perdu 50 kg)

Sur cette même idée, l'opéré lui-même, grâce à son nouveau corps et son regain de confiance en lui, pourrait avoir envie de plaire à d'autres personnes que son conjoint, et échapper pourquoi pas à une routinisation de sa relation conjugale actuelle qui ne lui convient plus :

« Le conjoint opéré reprend confiance en soi souvent et du coup il va plus s'affirmer, dire les choses, à l'extérieur va être plus…je vais pas dire aguicheur mais en tout cas, se rendre compte qu'il peut plaire encore, ils vont se ré-habiller, reprendre soin d'eux, ce qu'ils faisaient beaucoup moins avant la chirurgie » (Madame L, diététicienne)

Mais à l'inverse, l'opéré peut s'inquiéter de ne plus plaire à son conjoint à cause de la perte de poids. C'est le cas de **Mathilde** qui a par exemple eu peur que son mari ne l'apprécie plus autant qu'avant de par la perte de ses formes :

« J'ai eu une peur terrible que mon mari me quitte, alors que normalement c'est l'opposé. Lui n'était pas inquiet du tout hein. Mais moi j'étais très inquiète, alors pourquoi ? Parce qu'il m'avait connue, j'étais costaud, pas autant mais j'étais quand même bien costaud et je me suis dis, « est ce qu'il va m'aimer maigre ? » C'est pas une obligation, et j'ai dis "est ce que je vais toujours lui plaire ?", ça je sais pas. Donc une peur terrible ! Donc à un moment donné on a eu une micro dispute on va dire, une discussion, on a mis les choses à plat et ça a été réglé... là dessus il est rassurant. » (Mathilde, 36 ans, employée administrative, en couple, 2 enfants, opérée depuis 4 mois, a perdu 27 kg)

Mais le conjoint peut également regretter l'ancien corps de l'opéré vis-à-vis de son rôle maternant et protecteur, comme nous l'explique **Madame S**, psychologue :

« Des femmes qui s'inquiètent parce qu'elles savent que leur mari apprécie leurs formes et le rôle qu'elles ont. Et les rôles qu'elles vont plus forcément avoir après. Parce que ça va bien un temps mais du coup, […] il y a autre chose qui émerge dans la dynamique de la féminité »

Cette idée nous renvoie également aux possibles causes de séparation de De Singly (2011) avec « *la défense de soi* », lorsque la personne ne se voit que dans les rôles qu'elle joue au quotidien, comme les rôles de mère protectrice, nourricière et d'épouse. La dynamique de la féminité impulse peut être la redécouverte de rôles plus centrés sur soi-même et son épanouissement personnel.

Dans certains cas, le conjoint peut même amener l'opéré à se remettre en question, à culpabiliser vis à vis de tous ces changements :

« Il peut y avoir des conflits en termes de jalousie, des femmes qui vivent des humiliations, des réflexions de leur conjoint parce qu'elles ont envie de s'occuper d'elles. Certaines, on peut les faire culpabiliser aussi. Parce qu'elles vont changer de caractère ou s'affirmer, elles vont avoir plus envie de penser à elles, ou elles vont souvent entendre « t'as changé, t'es plus comme avant, on te reconnait pas, on compte plus, tu penses plus à nous ». Donc voilà beaucoup de résistance de la part de l'entourage qui les amène à tout faire pour qu'elles restent comme avant » (Madame S, psychologue)

La problématique des séparations de couple n'est donc pas à négliger après la chirurgie bariatrique. D'un côté, la perte de poids causée par la chirurgie peut, comme nous l'avons vu, entraîner des remises en question au sein du couple par un nouveau rapport à la séduction ou bien par des changements de caractère et de personnalité. Mais d'un autre côté, nous avons vu qu'après la première année postopératoire, les déceptions peuvent être grandes quant à la perte de poids ou aux modifications physiques. De ce fait, il peut y avoir une détresse ressentie par l'opéré et les problèmes maritaux peuvent faire leur apparition durant cette période si l'opéré n'a pas le soutien de son partenaire. Lors de l'étude de Hafner et *al*. (1990), sur 74 couples, 6 se sont séparés dans les 2 ans après la chirurgie (dont 5 dans les 15 premiers mois postopératoires). Un postulat est fait sur une base de 2% de séparation tous les ans après la chirurgie.

Les relations de couple sont donc amenées à changer après une chirurgie bariatrique, la sexualité jouant également un rôle non négligeable. Pour la majorité des couples, les rapports s'améliorent par une perte de poids redonnant une meilleure estime de soi et

améliorant les rapports sexuels. Dans d'autres cas, cette perte de poids peut attiser la jalousie du partenaire, l'opéré se découvrant un nouveau rapport à la séduction. La détérioration de la vie sexuelle peut également s'ajouter à un malaise préexistant dans le couple.

Toute cette première partie pose une base des relations conjugales en lien avec la chirurgie bariatrique. Cependant, un autre facteur entre également en compte dans ces relations : celui de l'alimentation.

2. Commensalité conjugale : un « manger ensemble » tout particulier pour le couple

Nous avons vu dans un premier chapitre que la commensalité remplissait de nombreuses fonctions au sein de la famille. Parmi elles, la création de liens entre les différents commensaux, la famille étant l'unité commensale par excellence. Afin d'étudier ces liens créés par l'alimentation, il paraît intéressant d'étudier les différentes évolutions de l'alimentation au cours de la vie, ponctuée de grandes étapes familiales importantes.

2.1 Contexte familial et alimentation : les grandes étapes du couple

Nous avons vu plusieurs choses à cette étape de l'exposé. Premièrement, le couple est une relation construite au fil du temps en traversant de grandes étapes de vie, qui consolident ou remettent en question la dynamique conjugale. Et deuxièmement, la commensalité crée du lien entre ceux qui partagent le repas. Nous supposons donc que la commensalité a totalement sa place lorsque nous traitons de relations conjugales. Cette commensalité toute particulière peut être vue à travers les changements de l'alimentation en fonction des étapes de la vie et il est intéressant de constater que celle-ci forge les relations avec autrui à chaque cycle vécu.

Dans son ouvrage « *Casseroles, amours et crises* » (2015), Kaufmann décrit les différents contextes familiaux en les rapportant à l'alimentation. C'est principalement sur son œuvre que l'exposé suivant se base, en différenciant les grandes étapes de l'avant couple jusqu'au passage à la retraite.

2.1.1 L'avant mise en couple

L'alimentation durant l'enfance étant trop éloignée de la période de la mise en couple, nous commencerons cette contextualisation à partir de l'installation dans un logement indépendant. Pendant cette période, souvent marquée par le début de la vie étudiante, l'individu s'autonomise au niveau de l'alimentation pour se distancer du modèle familial transmis durant son enfance. C'est l'éclatement des règles et l'anarchie alimentaire. Le « *picorage* » est adopté et le réfrigérateur est vu comme une corne d'abondance. Le modèle de la grande tablée familiale rigide s'éloigne et laisse place à des lieux plus nomades où le plateau repas devient roi. Les jeunes femmes aiment s'affranchir des fourneaux en faisant des préparations simples ou en mangeant sur le pouce. Malgré tout, manger n'importe quoi et n'importe quand a des limites et les retours chez les parents lors des week-ends ou des vacances permettent de « *se ressourcer* » en revenant vers les repas familiaux de l'enfance, en repartant avec de bons petits plats ou des légumes du potager offerts par les parents. Cette autonomie alimentaire soudaine peut donc, dans certains cas, mener à une prise de poids :

*« Ma prise de poids elle s'est faite à la séparation entre mes parents et moi, parce que quand je suis arrivée sur *** (ville), j'ai commencé à pouvoir manger ce que je voulais, je suis une bonne vivante hein, voilà. Alors qu'à la maison j'étais contrôlée, enfin ... contrôlée, c'était ma mère qui faisait à manger quoi donc ma mère faisait à manger équilibré […] Et je suis arrivée là bas et c'était du grand n'importe quoi »* (Caroline, 38 ans, secrétaire, en couple, 1 enfant, opérée depuis 4 ans, a perdu 60 kg)

2.1.2 La mise en couple et les débuts du couple

Lors de cette période naît réellement la préoccupation commensale et culinaire. En effet, l'implication amoureuse amène l'individu à produire quelque chose qui ressemble à « *un vrai repas* », avec des produits de bonne qualité à un prix élevé, autour d'une table traditionnelle qui retrouve ici tout son prestige. L'étude de Kemmer et *al*. (1998) observe beaucoup de phénomène de *snaking* avant la mise en couple contrairement à après, où le « *vrai repas* » prime.

Une ébauche de lien conjugal commence ici avec l'alimentation comme manœuvre de séduction : « *Le désir de bien faire et de faire plus pour nourrir l'être aimé s'inscrit dans la grammaire de la séduction* ». Les plaisirs gustatifs peuvent être synonymes de séduction car ce qui est difficile à dire avec des mots peut se faire à travers ces petits plaisirs. La

commensalité n'implique pas seulement de partager de la nourriture, mais aussi de l'intimité. Une étude a par exemple montré qu'un repas partagé impliquait beaucoup plus de choses au niveau sentimental qu'un simple café pris en commun, ou qu'un échange d'e-mail ou de messages (Kniffin et Wansink, 2012). Mais d'autres expériences ont également été menées, démontrant que la vision même d'un homme et une femme partageant un repas au restaurant entraîne un imaginaire autour du couple intime (Miller et *al*., 1998).

Concernant la mise en couple, nous avons vu les théories de Girard, qui postulent que le choix des conjoints est relativement homogame. De ce fait, et malgré cette théorie, la cohabitation provoque un bouleversement de l'alimentation des deux partenaires, pouvant entraîner des conflits, comme nous l'explique **Monsieur T**, sociologue :

« C'est la rencontre de deux modèles alimentaires, en général, vous le savez, les mariages, enfin les mises en couple sont relativement homogames, voilà on va pas se mettre en couple avec quelqu'un qui nous ressemble pas du tout. Ça arrive mais il y a quand même une tendance qui fait qu'on se met en couple avec quelqu'un qui nous ressemble relativement socialement. Donc a priori ça veut dire qu'on mange relativement pareil mais après en fonction des socialisations, des expériences familiales, etc., il y a plein de petites différences qui vont être négociées voire même à l'origine de certaines tensions au moment des premiers mois de cohabitation »

Après la mise en couple, une projection dans l'avenir se fait et l'anarchie alimentaire disparaît doucement. L'évolution vers une alimentation plus structurée et plus instituée s'opère. Pour briser la routine, l'un cherche à surprendre l'autre par des repas improvisés pour créer l'évènement. De temps en temps, les apéritifs viennent introduire un brin de folie dans les habitudes et permettent de combler un possible vide de la conversation intime par la prise d'alcool. Dans les débuts du couple, une prise de poids est souvent observée. Ce phénomène a peut être lieu à cause de l'euphorie des repas festifs et exceptionnels, comme le soulève **Monsieur T**, sociologue :

« Il y a une prise de poids qui est souvent observée dans les premiers mois de la cohabitation parce que ça correspond aussi un peu à une période de cocooning, on reste à la maison, on sort moins, on cuisine plus »

La communication est primordiale au sein du couple. Celle-ci devient négative et mauvaise lorsque le couple s'ignore mutuellement et refuse de discuter des problèmes (Schafer et *al*., 1999). Le repas peut donc à ce moment là devenir un moment embarrassant et pesant, car la commensalité s'impose comme une norme du repas traditionnel français :

« En fait quand on mange en couple ou en famille, on voit bien que c'est pas toujours facile, parce qu'on sait que cette norme fait que en France, on veut que ça soit important le repas familial ou conjugal et du coup c'est un peu oppressant aussi. » (Monsieur T, sociologue)

Chaque individu n'a pas les mêmes goûts donc le couple cuisine des choses qu'ils aiment tout deux. Il y a donc une certaine union par l'alimentation. Au niveau de la répartition des rôles dans la cuisine, c'est la femme qui tend à effectuer le plus de tâches matérielles, mais également mentales, malgré les progrès en matière de droits et les évolutions technologiques facilitant la cuisine :

« Ça n'a jamais bougé alors que en tendance voilà, ça fait 50, 60 ans que les femmes travaillent autant que les hommes et surtout qu'on a une technologie alimentaire en termes d'équipement de cuisine ou en termes de pré-préparation dans le commerce, qui font qu'on n'a plus besoin d'y passer beaucoup de temps. Et on observe quand même cette importante différence en termes d'investissement temporel, de charge mentale aussi puisqu'on voit aussi que même si les femmes font 1h par jour de tâches alimentaires par rapport aux hommes, pendant la journée, c'est elle qui va réfléchir, quand elle sort du travail "Qu'est ce qu'il manque pour faire à manger ?, comment je vais m'organiser, Où est ce que je vais faire les courses sur le chemin du retour ?" Enfin, tout un tas de petites choses insignifiantes mais qui font une charge mentale au quotidien qui est relativement importante. Et au fondement d'inégalités entre hommes et femmes. » (Monsieur T, sociologue)

Le rôle des hommes dans la cuisine n'est tout de même pas inexistant. Kaufmann postule qu'il y a trois types d'hommes dans la cuisine :

- « ***Ceux qui mettent les pieds sous la table*** » : l'homme n'a ici aucun rôle dans la cuisine. Ce cas peut mener à des conflits dans un contexte moderne d'égalité des sexes proclamée ;
- « ***Les seconds couteaux*** » : l'homme agit comme un commis de cuisine aux ordres du chef, symbolisé par la femme. Il participe donc à certaines tâches culinaires, parfois les plus rébarbatives. Des conflits peuvent naître lorsque la femme a des idées bien arrêtées sur ce qu'elle veut que le « second couteau » effectue.

  Cependant, certaines activités culinaires exceptionnelles, comme les barbecues, sont naturellement laissées aux hommes, soit par l'influence de leur passé de chasseur, soit parce qu'au fil du temps, la cuisine devient de plus en plus populaire :

« Et ce qu'on observe dans les premiers mois après la mise en couple, les femmes c'est souvent la cuisine plutôt au quotidien, les hommes cuisinent le week-end et de plus en plus, parce que la cuisine elle plait, elle est médiatisée et valorisée donc les hommes s'y mettent, mais de manière moins quotidienne » (Monsieur T, sociologue) ;

- « ***Les chefs*** » : l'homme effectue plus de tâches culinaires que la femme, mais ces cas restent rares.

Au sein du couple, la commensalité des repas formels oblige à la conversation et mène souvent les couples à parler de projets familiaux concrets comme du mariage ou des enfants. Lorsque ce cap est atteint, le malaise possible du silence des repas est oublié car il y a beaucoup à discuter sur les projets futurs.

2.1.3 L'arrivée de l'enfant et le couple vieillissant

À partir de l'arrivée du premier enfant, une rupture se fait au niveau de l'alimentation. La famille entre dans une grande période de réflexivité, c'est-à-dire de réflexion et de remise en question. La mère aux grandes responsabilités de par sa fonction nourricière a des préoccupations d'ordres diététiques vis-à-vis de la bonne santé de son enfant. Lors de cette période, toute la famille peut se mettre à manger plus sainement :

« Et l'arrivée du premier enfant, en tendance c'est d'un point de vue nutritionnel, donc c'est cette idée de transmission saine, on a envie de transmettre quelque chose de sain. C'est là où on observe les discours les plus forts sur la naturalité, qu'ils soient fondés ou pas bien sûr. C'est là où on observe un passage au bio souvent » (Monsieur T, sociologue)

Par la suite, lorsque l'enfant est en âge de passer à table, les préoccupations deviennent d'ordre social car l'enfant prend part à la commensalité :

« Alors c'est intéressant parce que ça peut déclencher quelque chose en termes de consommation mais c'est pas pour la vie. Ça commence à la grossesse souvent, ça dure la première année (les préoccupations nutritionnelles) […] et puis petit à petit l'enjeu devient plutôt social, c'est l'idée que l'enfant puisse manger à table, acquérir des manières de table, devenir un individu à travers l'alimentation malgré le fait que la santé soit toujours là mais on voit d'autres enjeux apparaitre et petit à petit ils entrent en concurrence » (Monsieur T, sociologue)

Les parents vont commencer à vouloir préparer de bons plats familiaux, transmis par leurs parents eux-mêmes. Les plats aux cuissons longues entrent en scène, avec la cocotte minute comme élément central, contrairement à l'alimentation lors de la mise en couple caractérisée par des cuissons courtes et des préparations plus rapides. Mais aujourd'hui, les goûts s'individualisent et la nourriture familiale devient sélective car certains plats plaisent à certains mais pas à d'autres. Des compromis doivent donc être faits au sein de la famille.

Lors du départ des enfants du foyer, les repas se simplifient et le couple se contente de peu. Les préoccupations liées à l'âge font que l'on prête plus attention à ce que l'on consomme. De plus, lors du passage à la retraite, tous les repas se font au domicile, le couple doit donc retrouver une certaine répartition des rôles domestiques :

« Le passage à la retraite correspond à la période où souvent on rapatrie pas mal de repas qu'on prenait à l'extérieur, […] déjà c'est significatif. Ça veut dire qu'il faut les préparer, qu'il faut cuisiner, ça veut dire qu'on remange ensemble dans un couple, donc c'est une étape importante d'un point de vue conjugal […] il faut renégocier un peu les espaces de vie, les rôles domestiques sur la journée. Et en fait c'est pas du tout insignifiant, c'est compliqué, c'est relativement compliqué » (Monsieur T, sociologue)

Les visites des enfants lors de week-end marquent le retour de la préparation de repas festifs qui prendront énormément de temps, mais qui plairont aux enfants. Les repas deviennent presque un prétexte pour impulser le retour des enfants. À partir de ce moment, deux scénarios sont possibles au sein du couple. Soit il y a une **redynamisation du couple**, un renouveau identitaire où s'installe une routine ponctuée par des repas plus festifs comme les apéritifs ou les repas au restaurant. La répartition des rôles est rapidement adoptée par chacun. Soit il y a un **processus de déprise**, d'abandon, où les repas peuvent devenir une véritable corvée et le lieu de disputes fréquentes, comme l'explique **Monsieur T**, sociologue :

« Dans ces situations là, plein de choses se redessinent, on a le temps de le faire, on a le temps d'y réfléchir, on a le temps d'en discuter, de se disputer aussi bien sûr (rire) »

Changer les rôles attribués à chacun peut perturber le couple et entraîner des conflits (Schafer et Schafer, 1989).

Ces trajectoires de vie sont bien évidemment un modèle et ne représentent pas le parcours de chacun, car la vie est faite d'évènements heureux et malheureux qui impliquent des changements au niveau des relations conjugales et même parfois des conflits. Une étude a par exemple prouvé que la satisfaction maritale globale des partenaires varie énormément en fonction des épisodes de la vie. Ainsi, des difficultés financières ou des problèmes professionnels entraînent des périodes de stress au sein du couple, menant au conflit (Bradbury et Karney, 2004).

3. Commensalité conjugale et chirurgie bariatrique : problématique et hypothèses générales

Nous l'avons vu, l'alimentation et les repas pris en commun jouent un rôle dans les relations conjugales selon les différentes trajectoires de vie. Les repas peuvent être une technique de séduction, puis ils deviennent un lieu d'échange sur les problèmes de la vie quotidienne et les projets futurs. De plus, ils sont ponctués de repas plus festifs pour briser la routine quotidienne. Il paraît donc logique qu'après une chirurgie bariatrique, la vie de couple et de famille soit bouleversée par un nouveau changement impliquant des modifications de l'alimentation en elle-même et des différentes modalités du repas.

3.1 Effets de la commensalité sur l'entourage de l'opéré

Certaines études ont constaté qu'au niveau de la qualité de l'alimentation, la chirurgie pouvait avoir un effet très positif sur toute la famille (Woodard et *al*., 2011) . En effet, il y a un plus grand contrôle de l'alimentation et moins de nourriture impulsive et émotionnelle de la part de l'entourage. **Maxime** pense que l'opération de sa compagne **Romane** a amélioré certains de ses propres comportements alimentaires :

« Je pense que ça a eu un effet plutôt positif sur moi, je pense que je grignote un peu moins du coup parce qu'elle ne grignote plus. » (Maxime, 29 ans, employé de bibliothèque)

Quant à **Patrice**, il nous informe que la chirurgie a eu un impact sur l'approvisionnement même de la nourriture de toute la famille :

« Et pour le coup, nos courses sont différentes aussi...Quand on achète du chocolat, avant l'emballage avait une énorme valeur, enfin c'est très commercial, c'est couillon mais c'est la base, le bel emballage, avec du chocolat qui est bien brillant, aujourd'hui je pense la première chose qu'on

regarde c'est le taux de cacao, voilà, où en dessous de 60% de cacao, on dit "non c'est de la merde, c'est que du gras" donc du coup on prend pas. » (Patrice, 42 ans, policier, en couple, 3 enfants, opéré depuis 10 mois, a perdu 40 kg)

Pour des raisons pratiques, nous supposons que toute la famille mange le même repas. Sur ce postulat, comme dans la majorité des cas c'est la femme qui se charge de toutes les tâches culinaires, et qui se trouve être généralement la personne opérée, elle impulsera forcément des changements sur l'alimentation de tout son foyer. Cette main mise sur tout ce qui concerne l'alimentation fait de la femme le « *gatekeeper* » de l'alimentation du foyer, selon la théorie de Kurt Lewin (1943), psychologue. Ce terme permet d'exprimer que la femme est en quelque sorte la « gardienne » de l'alimentation, car elle y exerce la majorité du contrôle. De ce fait, la qualité intrinsèque même des repas peut changer, notamment au niveau des recettes de cuisine :

« Par exemple les lasagnes, je sais que c'est le plat préféré de mon fils, ben je mets beaucoup moins de gras, parce que c'est moi qui fais tout, par exemple la sauce tomate tout ça, je mets beaucoup moins d'huile et j'essaie, déjà pour moi parce que sinon je vais être malade, et aussi parce que je me dis, ça peut pas leur faire de mal quoi donc oui on prend des habitudes, des bonnes habitudes. »
(Caroline, 38 ans, secrétaire, en couple, 1 enfant, opérée depuis 4 ans, a perdu 60 kg)

Également, la sédentarité de l'entourage diminue et nous constatons chez eux une légère perte de poids, même si, pour les enfants, les résultats sont peu significatifs vis-à-vis de leur croissance naturelle (Woodard et *al.*, 2011). Cependant, concernant les conjoints, nous remarquons que la plupart constate une amélioration qualitative de leur alimentation et parfois même une perte de poids. **Vanessa**, épouse de **Patrice**, a profité de l'opération de son mari pour elle-même manger mieux et à l'image de ce dernier. De ce fait, en mangeant de la même façon que ce dernier et en participant avec lui à des activités physiques, elle a perdu un total de 30 kg depuis l'opération de son mari, il y a 10 mois, alors qu'elle pesait 90 kg. Le couple décrit lui-même le vrai travail d'équipe qu'ils ont réalisé afin de se soutenir mutuellement :

-**Vanessa** *: « Nous on était un couple, moi j'ai appelé ça l'effet miroir. On mange toujours face à face, toujours. Et quand on était, on va dire gros et obèses, ben on mangeait la même quantité que l'autre mangeait, et petit à petit en fait, quand il a été opéré, on mangeait toujours face à face...et je voyais qu'il mangeait vite, encore, malgré l'opération donc on s'est calé chacun sur le rythme de*

l'autre, c'est à dire que si je voyais qu'il accélérait, je ralentissais, je posais ma fourchette, et ainsi de suite, et c'était vraiment un miroir, et ses quantités ont diminué et j'ai encore re-diminué moi. »

-**Patrice** *: « Vanessa a fait diminué ma vitesse et moi ses quantités on va dire. »*

Il est constaté également que l'entourage obèse avant la chirurgie maigrit plus que l'entourage qui ne l'était pas avant la chirurgie (Woodard et *al*., 2011). Cependant, cette étude est à nuancer car elle se déroule seulement un an après la chirurgie et toute la famille était incluse dans le suivi médical et éducatif de l'opéré. Ils bénéficiaient donc tous d'une certaine éducation alimentaire, induisant ainsi un biais à l'étude. Il est aussi dit que les membres de la famille du patient se faisant opérer eux-mêmes plusieurs années plus tard, auraient de meilleurs résultats en termes de perte de poids car ils ont une meilleure compréhension de la chirurgie et de ses conséquences (Rebibo et al., 2013).

L'étude de Madan et *al*. (2005) postule qu'il y aurait deux types de conjoints d'opérés :

- « ***Ceux qui terminent les restes*** » : ces conjoints ont tendance à prendre du poids après la chirurgie car ils mangent tout ce que l'opéré ne mange pas, sachant que les aliments concernés sont souvent à forte teneur calorique et donc déconseillés pour les opérés. Ce cas de figure a en effet été rencontré lors des entretiens avec les patients, comme l'explique **Mathilde** :

  « L'erreur que je faisais au début, c'est que je donnais l'assiette à mon mari, donc lui qui est déjà en surpoids, il se faisait un plaisir de la manger, donc du coup il avait double portion, jusqu'à ce qu'un de nos amis m'ait tapé la main sur l'épaule et m'a dit "y a pas un peu comme un problème là ?!, tu arrêtes de le nourrir parce que là ça va pas être possible ! (rire) " (Mathilde, 36 ans, employée administrative, en couple, 2 enfants, opérée depuis 4 mois, a perdu 27 kg)

  Mais outre le conjoint, les enfants peuvent également profiter des restes non consommés de l'opéré, comme c'est encore le cas de **Mathilde** :

  « On mange ensemble, donc c'est vrai que des fois, y a la petite qui mange à côté de moi et elle est super contente elle me dit "tu manges pas ça ?", elle l'enfile, c'est pas un problème, elle est gourmande voilà. Elle il faut plutôt que je la maintienne parce qu'elle aurait tendance à beaucoup manger »

  Ce genre de cas se produit souvent lorsque l'opéré continue de cuisiner les mêmes quantités qu'avant l'opération, désormais trop conséquentes, car comme **Caroline** le souligne très bien :

"*On est opéré de l'estomac mais pas du cerveau*" (Caroline, 38 ans, secrétaire, en couple, 1 enfant, opérée depuis 4 ans, a perdu 60 kg)

Il est vrai que les réflexes de cuisiner en trop grandes quantités persistent pendant plusieurs mois après l'opération ;

- « ***Ceux qui miment*** » : ces conjoints ont tendance à perdre du poids après la chirurgie car ils se mettent à manger de la même façon que l'opéré, donc de manière équilibrée, et effectuent parfois les activités sportives avec lui, comme nous l'avons illustré avec le cas tout à fait remarquable de **Vanessa** et **Patrice**. Les résultats sont en contradiction avec l'étude précédente (Woodard et *al*., 2011) car ce sont les conjoints obèses avant la chirurgie qui sont présents dans le premier groupe de « ceux qui terminent les restes » et qui prennent du poids (à 75%).

  Outre la chirurgie bariatrique, une autre étude a évalué l'impact d'un régime diététique effectué par le mari sur le poids de son épouse (Golan et *al*., 2009). Les résultats tendent encore à démontrer que les épouses obèses avant le régime perdent plus de poids que les épouses de poids normal. De plus, d'autres auteurs pensent que si le régime est fait par le mari, l'épouse le soutiendra en mangeant de la même façon que lui. Si c'est l'épouse qui fait un régime, le mari aura moins tendance à suivre, voire même à « saboter » les efforts de celle-ci en l'encourageant à aller au restaurant, boire de l'alcool, etc. (Bove et *al*., 2003). On peut donc se demander si cette situation peut être applicable à la chirurgie bariatrique.

La chirurgie bariatrique entraînerait donc des effets ambivalents du fait de la nouvelle commensalité du couple. Certains membres de l'entourage se mettraient à profiter de ce nouveau régime en imitant le modèle de l'opéré ou bien aideraient à « finir les restes », résultats d'anciennes habitudes culinaires de l'époque de l'obésité. Mais un des facteurs à prendre en compte et le fait que l'entourage des opérés pourrait, à l'occasion de la chirurgie, profiter de ces nouvelles habitudes alimentaires car eux-mêmes sont en surpoids, voire obèses.

3.2 Caractéristiques de l'entourage des opérés : des problèmes de poids sous jacents

Nous avons vu que la mise en couple était relativement homogame selon Girard. L'étude de Christakis et Fowler (2007) démontre que les personnes obèses ont tendance à avoir

dans leur réseau de connaissances plus d'obèses par rapport à une personne de poids normal car les individus partagent le même environnement et ont donc plus de chances d'avoir les mêmes variations de poids. Partant de ce postulat, associé à celui de la théorie de l'homogamie de Girard, les personnes obèses seraient donc, pour beaucoup, en couple avec un conjoint lui-aussi obèse ou en surpoids. L'étude de Aarts et *al*. (2015) confirme cette théorie en montrant que la moitié de l'entourage adulte des opérés est en surpoids et un tiers est obèse. Il est vrai que les problèmes de poids sont souvent rencontrés dans l'entourage proche des opérés et la génétique leur vient souvent à l'esprit :

« Il faut savoir que son père (le père de son fils) avec qui je ne suis plus, était obèse et il s'est fait lui aussi opérer d'un bypass donc il a vraiment des gènes qui font que si on ne fait pas attention il va prendre du poids c'est obligé, je le vois là il a un peu de « bidou »(en parlant de son fils) »

(Caroline, 38 ans, secrétaire, en couple, 1 enfant, opérée depuis 4 ans, a perdu 60 kg)

Néanmoins, le surpoids des hommes n'est souvent pas vu comme une obésité, mais plutôt comme un symbole de force reflétant un personnage qualifié de « bon vivant », comme c'est le cas pour **Camille** qui nous parle de son ancien conjoint :

« Chez mon ancien compagnon c'était pas forcément le cas, c'est quelqu'un de grand mais de massif malgré tout, je pense qu'il faisait 1m85 et il était à 120 kg, beaucoup mieux répartis voilà que quelqu'un qui fait 1m60 pour 120 kg mais on voyait quelqu'un de baraqué, de costaud, qui avait un bon appétit, etc » (Camille, 41 ans, employée administrative, séparée, 2 enfants, opérée depuis 3ans et demi, a perdu 45 kg)

En effet, le surpoids n'est sans doute pas vécu de la même manière par les hommes et par les femmes, ces dernières étant plus soumises aux pressions sur l'esthétique corporelle. Ce n'est peut être pas un hasard si la grande majorité des opérés de chirurgie bariatrique est représentée par des femmes, d'autant plus par rapport aux rôles de « *care* » qui leurs sont propres.

Il est donc certain que le changement des habitudes alimentaires serait profitable à toute la famille de l'opéré. Cela ouvre des perspectives plus générales concernant l'éducation thérapeutique des patients ainsi que de leur famille. En effet, les conjoints qui ont assisté l'opéré lors de sa prise en charge ont beaucoup appris sur les règles de base de l'alimentation équilibrée, ou même sur le vécu de l'après chirurgie :

« Ça m'apprend plein de trucs, moi j'ai appris des trucs qui pouvaient me concerner à moi aussi sans m'être fait opérer ou quoi que ce soit, par rapport à l'alimentation que je savais pas quoi et puis qu'on savait pas tous les deux » (Sébastien, 46 ans, époux de Prune)

« On a pu aller à des conférences, donc à chaque fois j'y suis allé avec elle également, c'est très intéressant parce que moi ça me permet d'apprendre des choses, des choses générales, pas seulement pour les personnes qui se sont fait opérer, ça permet d'apprendre des choses oui, tout autour de l'alimentation et puis par rapport aux personnes opérées, comprendre un peu mieux comment ils fonctionnent, c'est compliqué quoi » (Maxime, 29 ans, employé de bibliothèque, conjoint de Romane)

Dans certains cas encore, les changements causés par la chirurgie peuvent inculquer à l'entourage et à la famille des notions sur l'équilibre alimentaire. La commensalité aurait donc un rôle très positif. Cependant, le repas peut aussi être le théâtre de tensions dues à la nouvelle alimentation de l'opéré.

3.3 Tensions au sein de la famille et du couple pendant le repas

En revenant toujours à cette idée de soutien de la part du conjoint, lorsque l'entourage de l'opéré n'est pas soutenant au moment du repas, des tensions peuvent apparaître, comme l'explique **Madame L**, diététicienne :

« C'est un moment de partage (le repas) et puis voilà après ça peut être énervant pour une patiente opérée, de voir son mari qui mange trois fois plus qu'elle et elle n'arrive peut être pas tout à manger et lui il mange tout et ça peut faire des tensions […] si le conjoint fait pas attention je pense»

De plus, par dégoût de manger ou de cuisiner, ou simplement s'il est victime d'effets digestifs indésirables au moment du repas, l'opéré peut même s'exclure du repas familial, d'autant plus lorsque le couple n'a pas d'enfants et est donc peut-être moins dans l'obligation de faire un repas formel et institué :

« Sur les repas en soi je pense que ça joue si le conjoint opéré fait pas l'effort de rester à table. Donc s'il y a pas d'enfant ça a plus d'impact que quand il y a les enfants, c'est important de manger avec leurs enfants. Alors que s'il y avait juste le couple vraiment, y en a « bon j'ai pas mangé avec toi, j'avais pas faim », voilà, ou au contraire « je pouvais pas attendre donc j'ai mangé avec les enfants » » (Madame L, diététicienne)

Il arrive par exemple à **Maxime** de rester seul à table, lorsque sa compagne **Romane** ne peut plus faire face au repas :

« Des fois elle a besoin d'aller aux toilettes ou des choses comme ça quand ça va pas mais sinon elle reste à table avec moi le temps que je finisse le repas, si elle a besoin de s'allonger et que je dois finir le repas tout seul, je finis le repas tout seul, c'est pas grave non plus. » (Maxime, 29 ans, employé de bibliothèque, conjoint de Romane)

La vision même de l'alimentation peut changer aux yeux de l'opéré :

« En termes d'alimentation, les personnes peuvent être écœurées de voir les autres manger donc ça aussi en termes de repas ensemble ça complique les choses parce que certains sont parfois obligés de sortir de table, ne supportent pas de voir les enfants et les conjoints manger normalement, ils ont l'impression… ils ont le sentiment qu'ils s'empiffrent du coup » (Madame S, psychologue)

En effet, sur cette idée, beaucoup d'opérés ressentent cette sensation de « trop » vis-à-vis des quantités absorbées par l'entourage, probablement du fait de la disparition provisoire du ressenti de la faim dans les débuts de l'après chirurgie :

« Je n'ai plus de sensation de faim pour l'instant, je ne sais pas ce que c'est... ça fait drôle, parce que quand vous avez tout le monde autour qui mange les pizzas, limite, quand je vois tout cet étalage de nourriture, ouais, ça me choque...c'est choquant, pour l'instant c'est choquant...Vous voyez mon mari hier soir il se ressert 2 fois des pâtes, ça me choque. J'avais envie de lui dire "une fois tu en assez", mais je peux pas lui dire ça parce que lui il a faim, moi qui ne connaît plus pour l'instant la sensation de faim, je me dis "mais c'est impossible". C'est bizarre ça, donc oui pour l'instant je trouve que les gens mangent trop (rire) ! » (Perrine, 45 ans, cadre, en couple, 1 enfant, opérée depuis 1 mois, a perdu 11 kg)

Parfois même, il doit y avoir une redistribution des rôles dans la cuisine, le conjoint devra assurer ce que l'opéré n'est plus en mesure de faire, sinon l'opéré aura une charge mentale supplémentaire :

« Y en a qui sont plutôt dégoutés par les odeurs, qui ont du mal à cuisiner, il faut que le conjoint prenne le relais, c'est là que c'est important qu'il soit soutenant, parce que s'il critique tous les jours, qu'elle a pas fait à manger, ça devient difficile. » (Madame L, diététicienne)

« Si elles ont toute la prise sur l'alimentation, si elles sont complètement responsables de l'alimentation au sein de leur couple ou de leur famille, je pense ça peut poser des questions en termes de réorganisation, parce qu'elles pourront pas forcément faire comme d'habitude et en même temps elles ont … le reste de l'entourage proche aura des attentes en termes de repas, etc. » (Monsieur T, sociologue)

Mathilde a par exemple trouvé une astuce afin de ne pas laisser de charge culinaire à son conjoint après l'opération :

« Quand on fait la cuisine comme ça tous les jours on s'aperçoit plus trop des efforts qu'on fait tous les jours, et c'est vrai que quand j'ai été opéré il (son conjoint) a du prendre le relais une petite semaine et il m'a dit "j'en peux plus, il faut que tu re-cuisines" (rire), donc j'ai compris quoi ! Les enfant me disaient "reviens, on veut plus ce que fait papa, c'est pas possible" (rire) donc heureusement j'avais mis des plats au congélo, j'avais préparé un petit peu » (Mathilde, 36 ans, employée administrative, en couple, 2 enfants, opérée depuis 4 mois, a perdu 27 kg)

L'opéré, s'il s'exclut du repas familial par manque d'appétit ou dégoût, brise la théorie du don de Marcel Mauss (2012). Le repas étant un lieu de partage primordial au sein de la famille, la communication peut être rompue au sein de la famille et du couple :

« Je pense que dans la société d'aujourd'hui, c'est à peu près le seul moment (le repas) que les gens partagent. Donc si on le prend pas, il reste pas grand chose. » (Madame L, diététicienne)

Mais la nouvelle alimentation adoptée par l'opéré, en mangeant très peu ou en ayant des effets indésirables (vomissements, difficultés à avaler, etc.), peut également provoquer des inquiétudes chez le conjoint, et même chez les enfants, entraînant de possibles tensions par une hyper vigilance, comme le dit **Madame S**, psychologue :

« Il y a une hyper vigilance de la famille, des enfants et du conjoint sur ce qui est mangé et de l'inquiétude »

Cette hyper vigilance de l'alimentation de la part de l'entourage peut également avoir lieu avant l'opération, impliquant des conflits réguliers au moment des repas :

« Elle me disait que le regard des autres, qu'on se foutait d'elle, qu'on la regardait mal, bon et puis quand on était à table, si j'avais le malheur de la regarder quand elle mangeait, presque elle râlait parce que je la surveillait manger…tout tournait autour de ça, et puis ça mettait tout le monde plus ou moins de mauvaise humeur, et puis le moral et puis ça va pas, et puis, etc. etc. Et puis après tout s'enchaîne et puis voilà » (Sébastien, 46 ans, époux de Prune)

Les changements impulsés par la chirurgie seraient donc dans ce cas bénéfiques dans les rapports commensaux du couple et de la famille.

La commensalité est donc au centre des interactions du couple et de la sphère familiale en général. Les modifications de l'alimentation de l'opéré peuvent perturber son entourage ou, à l'inverse, l'alimentation de l'entourage peut perturber l'opéré lui-même.
Il est vrai que les perturbations de l'image du corps liées à la perte de poids sont à la base de nombreux problèmes dans le couple. Cependant, le rôle du repas conjugal n'est pas à négliger car il est le lieu d'interactions et de communication, spécifiques à chaque période de la vie, de la mise en couple jusqu'au passage à la retraite. Les histoires de vie des patients sont donc riches en découvertes car chaque profil d'opéré est différent et il est impossible de créer un profil « type ».

3.4 Problématisation et hypothèses

Les bases théoriques étant maintenant posées autour du sujet de la commensalité conjugale après une chirurgie bariatrique, nous avons mis en évidence différents questionnements. Dans un premier temps, nous avons prouvé, par le travail de Master 1 et l'étude exploratoire, que de nombreux **changements alimentaires** avaient lieu après une chirurgie bariatrique. Les rythmes alimentaires, les quantités ingérées, et les aliments consommés sont modifiés. De plus, les désagréments liés à l'opération peuvent pénaliser l'opéré pour cuisiner ou pour assister aux repas, qu'ils soient quotidiens ou festifs. Également, le contexte du repas change, avec des prises alimentaires au calme, lentement, sans distractions et stress.
En explorant la bibliographie autour des relations de couple, nous avons découvert que le couple est une entité complexe qui évolue au fil du temps, traversant des périodes de crises qui sont résolues par différentes stratégies. Cependant, si les conjoints s'accordent assez de **soutien** et de **reconnaissance**, cela contribue au bien-être conjugal. Nous retrouvons cette notion de soutien à travers certains critères du bien-être conjugal de Kellerhals (2004), et notamment la **considération mutuelle**, l'**équité du travail quotidien** et l'**accompagnement dans les moments difficiles**. Le **soutien conjugal** serait donc « *un équilibre de don et dépendance entre les deux membres du couple, mêlant reconnaissance mutuelle, équité dans le travail domestique, et accompagnement dans les moments difficiles, contribuant ainsi au bien-être conjugal* ». Et dans la vie quotidienne, ce bien-être peut aussi transparaître dans la **commensalité conjugale**, importante pour la bonne entente du couple, nous l'avons vu.

En posant le fait que la chirurgie bariatrique impose un **stress conjugal** par des changements, notamment alimentaires, alors les dynamiques de soutien conjugal, des conjoints vers les opérés, au moment des repas sont à prendre en compte. La problématique de recherche résultant de cette réflexion est donc la suivante :

Dans quelles mesures les changements alimentaires de l'opéré bariatrique déterminent les dynamiques de soutien conjugal des conjoints concernant les repas ?

Cette problématique regroupe plusieurs hypothèses, elles-mêmes séparées en sous-parties. Ces hypothèses sont en fait des réponses probables que l'on pose suivant la problématique.

- **Hypothèse 1** : Les dynamiques de soutien conjugal au moment des repas ont un impact sur l'ambivalence de la commensalité familiale et conjugale :
  - **Sous-hypothèse 1** : Les dynamiques de soutien conjugal au moment des repas peuvent être perçues comme une hyper vigilance de l'alimentation aux yeux des opérés et entraîner de possibles tensions ;
  - **Sous-hypothèse 2** : Les dynamiques de soutien conjugal au moment des repas peuvent être perçues comme un garde-fou de l'alimentation aux yeux des opérés et améliorer leur observance diététique ;

- **Hypothèse 2** : Les dynamiques de soutien conjugal des conjoints au moment des repas peuvent faire naître de nouvelles habitudes alimentaires auprès de tout le foyer :
  - **Sous-hypothèse 1** : Dans une optique de soutien, les conjoints vont se mettre à manger de manière plus saine et équilibrée ;
  - **Sous-hypothèse 2** : En alliant soutien conjugal et occasion propice, les conjoints vont se mettre à manger de manière plus saine et équilibrée.

- **Hypothèse 3** : Une réorganisation des rôles conjugaux dans les tâches culinaires est imposée, au moins durant les premiers mois après la chirurgie :
  - **Sous-hypothèse 1** : Les désagréments physiques des opérés conduisent les conjoints à assurer plus de tâches culinaires qu'avant l'opération ;
  - **Sous-hypothèse 2** : Les opérés anticipent les désagréments physiques de l'opération et mettent en place des stratégies pour éviter une surcharge des conjoints.

- **Hypothèse 4** : Le projet de chirurgie étant très personnel aux yeux des opérés, ces derniers font un maximum d'efforts afin de changer le moins possible les habitudes alimentaires du foyer :
  - **Sous-hypothèse 1** : Du fait de ce soutien conjugal de la part de l'opéré lui-même au moment des repas, le conjoint ressent peu, voire pas du tout de changement des habitudes alimentaires familiales ;
  - **Sous-hypothèse 2** : Les habitudes alimentaires familiales restant presque inchangées, l'opéré peut en pâtir pour sa propre observance diététique.

Afin de valider ou d'invalider ces différentes hypothèses et sous-hypothèses, il est nécessaire de mener une étude probatoire autour du sujet de recherche. La méthodologie sera préférée qualitative, afin de recueillir les réflexions propres des opérés et de leurs conjoints. Une méthodologie quantitative serait envisageable dans le futur lorsque des critères plus précis pourront être dégagés, le sujet d'étude étant aujourd'hui trop peu exploité.

Cette première partie a donc posé le contexte dans lequel s'inscrit l'étude. Des rappels sur le travail de Master 1 ont été complémentaires aux nouvelles bases théoriques sur les dynamiques conjugales. L'étude exploratoire regroupant à la fois entretiens d'experts, d'opérés et de conjoints d'opérés a permis de faire le lien entre toutes ces bases théoriques pour aboutir à une problématique et des hypothèses de recherche alliant commensalité conjugale et chirurgie bariatrique.

SECONDE PARTIE :

MÉTHODOLOGIE DU PROJET ET RÉSULTATS DESCRIPTIFS

Jusqu'à présent, les données exposées se sont basées sur la bibliographie existante à propos de différents aspects de la chirurgie bariatrique, en passant par la commensalité et les relations conjugales. Également, l'étude exploratoire, composée de sept entretiens d'experts et onze entretiens de patients opérés ou conjoint d'opérés, a permis de mettre en lumière le sujet du devenir du couple après la chirurgie bariatrique, et notamment du point de vue de la commensalité. Afin de répondre aux différentes hypothèses et sous-hypothèses de la problématique de recherche, il est nécessaire de mettre en place une méthodologie probatoire. Tout l'objet de cette seconde partie est donc de décrire la méthodologie probatoire dans un premier temps. Ensuite, nous répondrons de manière descriptive aux hypothèses grâce aux résultats obtenus lors de cette phase probatoire.

Chapitre 4 :

Méthodologie de collecte des données

Toute étude probatoire doit faire appel à une méthodologie précise. Il est de rigueur d'anticiper chaque caractéristique de cette méthodologie avant de commencer toute action de collecte. Ce chapitre va donc présenter toute la méthodologie utilisée, depuis l'échantillonnage jusqu'aux outils de collecte utilisés. Enfin, et avant l'analyse des résultats dans le prochain chapitre, nous détaillerons les caractéristiques de l'échantillon réel de cette phase probatoire.

1. Méthodologie d'échantillonnage et de recrutement

1.1 Échantillonnage

L'objectif de l'étude étant d'interroger certains aspects de la dynamique conjugale après une chirurgie bariatrique, il a donc été essentiel d'inclure dans l'échantillonnage, en plus des opérés eux-mêmes, leurs conjoints. À ce moment là, le questionnement a donc été de savoir si les couples allaient être interrogés ensemble ou séparément.

La psychologie, pratiquant l'entretien clinique du couple, comme en thérapie conjugale, considère qu'il est indispensable de recevoir les deux membres du couple ensemble afin de comprendre la dynamique conjugale et amener les partenaires à se penser davantage en

tant que couple (Michaud-Feinberg et Darwiche, 2015). De plus, cette méthode permet d'observer tout le non verbal de celui qui ne prend pas la parole, car c'est un réel langage spécifique. Comme le dit très bien Freud, « *Celui dont les lèvres se taisent bavarde avec le bout des doigts ; il se trahit par tous ses pores* » (Freud, 1981). Cependant, le risque de l'entretien avec le couple est que le clinicien forme deux sous-ensembles duels avec chacun des partenaires et non un groupe triangulé, se positionnant ainsi d'un côté ou de l'autre (Lemaire, 1998).

L'école sociologique pose également la neutralité comme position principale de l'enquêteur, car tout fait social doit être considéré comme une « chose », c'est-à-dire que nous devons faire abstraction de nos prénotions, de nos idéologies sur le sujet de recherche (Durkheim, 1937). La tâche est d'autant plus difficile lorsqu'il s'agit d'un fait qui touche chacun de façon très subjective, comme ici pour le couple.

Lors de la phase exploratoire, un entretien en couple s'est réalisé. Ce dernier s'était très bien déroulé, le couple interrogé étant dans une très bonne dynamique de soutien mutuel. Cependant, cela ne peut pas être représentatif de tous les couples qui seront interrogés et toute éventualité est à prendre en compte, comme l'explosion d'un conflit pendant l'entretien, ou la passivité d'un des membres du couple due à une dynamique dominant/dominé. De plus, il peut y avoir un côté libérateur de se livrer à un inconnu que l'on ne reverra probablement jamais plutôt qu'en présence d'un proche (Sauvayre, 2013). De ce fait, pour garder une position neutre et éviter la gestion compliquée de possibles crises, il a parut préférable de réaliser les entretiens avec les deux partenaires séparément. Des discussions avec des psychologues m'ont conforté dans cette idée.

Cette condition étant posée, les modalités d'échantillonnage pouvaient être fixées :

- **Durée de la conjugalité** : la majorité des études scientifiques publiées à ce jour interrogeant des couples prennent en compte une conjugalité d'au moins un an. La recherche portant sur le changement que provoque la chirurgie au sein du couple, j'ai décidé d'interroger des couples opéré/conjoint ensemble depuis au moins un an avant la chirurgie. De ce fait, je suis certaine d'avoir affaire à des couples déjà bien installés et qui ont vécu ensemble le projet de chirurgie ;
- **Technique chirurgicale employée** : nous avons répertorié auparavant les techniques chirurgicales les plus employées, telles que le *by-pass* gastrique ou la *sleeve gastrectomy*. La principale différence entre ces méthodes est l'intensité de la

perte de poids et la fréquence de certaines complications[7]. Cependant, il a été constaté lors de la phase exploratoire que cette perte de poids et ces complications sont différentes pour chacun, aucun patient bariatrique « type » n'existant. De ce fait, et avec un sujet tel que les dynamiques conjugales autour des repas, le type de chirurgie bariatrique importe peu ;

- **Ancienneté de l'opération** : lors de la phase exploratoire, nous avons vu que l'ancienneté de l'opération était déterminante dans le vécu de l'après chirurgie. Il est donc intéressant d'observer ces différences et ces similitudes lors de la phase probatoire. Ce critère sera donc une variable de contrôle ;
- **Structure familiale** : la variable avec ou sans enfant au sein du couple n'étant pas déterminante dans le travail de recherche, il est tout de même intéressant de constater l'influence ou non de celle-ci sur la problématique de recherche. De ce fait, cette variable sera également une variable de contrôle ;
- **Âge des interrogés** : de même que pour la variable précédente, la prise en compte de l'âge des opérés et de leur conjoint fait office de variable de contrôle. Cependant, la moyenne d'âge des opérés bariatriques en France étant de 39 ans en 2011[8], l'âge des participants sera sûrement compris autour de cette valeur ;
- **Sexe** : sur les 30 442 patients opérés en 2011 en France, plus de 83% [4] sont des femmes. De ce fait, la plupart des patients rencontrés seront probablement des femmes. Néanmoins, il serait intéressant de reproduire ce schéma en ayant dans notre échantillon 80% de femmes et 20% d'hommes.

Un effet de saturation des réponses se faisant ressentir après environ 20 entretiens, l'étude probatoire présente s'attache à réaliser un minimum d'entretiens auprès de **20 couples différents de ceux interrogés lors de la phase exploratoire, soit 40 entretiens au total**. Le Tableau 5 suivant résume les critères à prendre en compte lors de l'échantillonnage. Après avoir fixé les critères d'échantillonnage, il est maintenant temps de mettre en place une méthodologie de recrutement des participants à l'étude.

[7] HAS. Obésité : Prise en charge chirurgicale chez l'adulte, 2009 [en ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_obesite_adulte_chirurgie.pdf (Consulté le 02-08-2016).
[8] Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Étude sur la chirurgie bariatrique en 2011, Février 2013. Disponible sur : http://www.automesure.com/library/pdf/DP-cnam-chir-obesite-2013.pdf (consulté le 09-05-16).

Tableau 5 : Critères d'échantillonnage de la phase probatoire

Nombre d'entretiens	Critères obligatoires	Critères facultatifs (variables de contrôle)
≈ 16 couples donc 32 entretiens au total	- Couple dont la femme est opérée d'une chirurgie bariatrique - En couple depuis au moins 1 an avant la chirurgie	- Avec ou sans enfant - Toutes techniques chirurgicales confondues - Opérée à plus ou moins long terme - Âge indifférent
≈ 4 couples donc 8 entretiens au total	- Couple dont l'homme est opéré d'une chirurgie bariatrique - En couple depuis au moins 1 an avant la chirurgie	- Avec ou sans enfant - Toutes techniques chirurgicales confondues - Opéré à plus ou moins long terme - Âge indifférent

Source : Création personnelle

1.2. Le recrutement

Cette étude se basant sur le volontariat des interrogés, différentes méthodes de recrutement ont dues être mises en place afin d'obtenir des réponses positives d'au moins 20 couples. Évidemment, certaines méthodes se sont avérées plus efficaces que d'autres. Les méthodes principales de recrutement ont été de trois types :

- **Recrutement en face à face à l'hôpital** : dans la structure hospitalière où s'est déroulé le stage, les patients opérés viennent en hospitalisation de jour. Ces derniers se déplacent à l'occasion de bilans, ponctués de différentes consultations de l'équipe de soin durant une demi-journée. Ayant préalablement répertorié la venue de ces patients à l'hôpital, le contact avec ces derniers s'est fait au moment des repas, après leur parcours de soin de la matinée. Suite à ce premier contact, les coordonnées des patients intéressés par l'étude ont été prises pour fixer par la suite une date et heure de rendez-vous pour les entretiens ;
- **Recrutement par le biais de médecins de l'hôpital lors de consultations** : outre les hospitalisations de jour, les patients opérés viennent également à l'hôpital lors de consultations avec les médecins nutritionnistes de l'établissement. Ainsi, en fin de consultation, les médecins ont proposé l'étude en question aux patients. Ceux qui étaient intéressés ont pu donner leurs coordonnées aux médecins, qui nous les ont communiquées ;

- **Recrutement via des associations de patients** : cette méthode s'est avérée très efficace, les associations de patients opérés étant très actives et dynamiques. Une première association de la région toulousaine (31) avait contribué aux résultats de l'étude exploratoire. Pour cette phase probatoire, deux autres associations ont été sollicitées. Celles-ci se trouvent dans la région aquitaine (33). En effet, c'est par le biais d'ateliers thérapeutiques dirigés par une diététicienne de cette région que les contacts de ces associations ont pu être trouvés.

Ces trois méthodes se sont avérées être celles qui ont été les plus efficaces. Nous pouvons supposer que la démarche en face à face met plus à l'aise les individus. Également, l'encadrement des structures de soin et l'appui des professionnels médicaux a été d'une grande aide, sûrement par une plus importante crédibilité vis-à-vis de l'étude.

Quant aux méthodes secondaires, celles-ci ont été utiles à l'atteinte des objectifs d'échantillonnage, en le complétant si besoin. Ces méthodes ont été de trois types :

- **Recrutement via des affiches placardées à l'hôpital** : afin de capter l'attention des patients ou de leurs accompagnants à l'hôpital, des affiches ont été créées et placardées dans plusieurs lieux stratégiques de l'établissement (salles d'attente et couloirs). Ces affiches, présentées en **Annexe B**, sont en quelque sorte des appels à témoins. Le message est clair et concis pour une bonne lisibilité, une photo de l'enquêteur est présente afin de personnifier l'étude. De plus, l'anonymat des réponses est mis en évidence pour encourager les patients à participer. Les coordonnées de l'enquêteur (e-mail et numéro de téléphone) sont positionnées en bas de l'affiche pour que les patients intéressés se joignent à l'étude ;
- **Recrutement par les connaissances personnelles** : enfin, l'entourage amical et familial a aussi aidé dans ce recrutement par la mise en relation avec des individus s'étant faits opérer.

En effet, lorsqu'une étude est basée sur le volontariat, il est important de varier les sources possibles de recrutement pour maximiser les chances d'atteindre l'objectif d'échantillonnage fixé.

2. Outils de collecte utilisés

La recherche en sciences sociales vise à comprendre et expliquer des faits, comme toute recherche scientifique. Cependant, elle diffère des sciences « dures » car les situations étudiées concernent à la fois la société dans son ensemble et chacun de ceux qui y vivent, chercheurs inclus. Les domaines étudiés mettent donc en jeu un ensemble de références, croyances, idéologies, dans lesquelles rien n'est objectif ou neutre. Et pourtant, comme nous l'avons déjà évoqué, la recherche sociologique s'attache à étudier les faits sociaux comme des « choses », en respectant une neutralité axiologique. Cette neutralité implique l'évitement de tout jugement moral à l'égard des réalités étudiées. Ceci est compliqué car tout sociologue a obligatoirement une opinion morale, politique, ou philosophique (Barbusse et Glaymann, 2005).

Afin de savoir ce que pensent et ressentent les individus qui vivent ce fait social, il paraît évident que ceux-ci doivent être interrogés. L'entretien sociologique entre alors en scène.

2.1 La méthode de l'entretien semi-directif

2.1.1 Théories autour de ces pratiques

L'enquête par entretien est « *particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux évènements dont ils ont pu être les témoins actifs* » (Blanchet et Gotman, 2007). Ici, la méthode de l'entretien paraît tout à fait appropriée en vue de la collecte d'informations concernant le vécu propre des opérés bariatriques et de leurs conjoints dans leur vie quotidienne.

Il existe différents types d'entretiens sociologiques. Pour approfondir les réponses des interrogés et obtenir des points de vue plus riches, l'**entretien semi-directif** semble le plus pertinent. Celui-ci est dit « semi-directif » car d'une part il doit favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance (côté non directif), et d'autre part, il doit servir à obtenir des informations sur des points définis à l'avance par l'enquêteur (côté directif) (Sauvayre, 2013). La clé d'un entretien réussi est d'inspirer suffisamment de confiance à l'interrogé pour obtenir des échanges libres et éviter les jeux de rôles dans lesquels l'enquêteur sait ce qu'il recherche et l'enquêté essaie de donner les « bonnes réponses » attendues (Barbusse et Glaymann, 2005). Une vraie écoute, respectueuse et compréhensive est indispensable à l'instauration d'une atmosphère de confiance. Nous sommes ici en présence d'une sociologie compréhensive qui s'attache au sens que les individus donnent à

leurs actes sociaux. Cependant, l'entretien semi-directif se distingue de l'entretien compréhensif, qui lui consiste à se lancer sur le terrain avant d'avoir construit la problématique et les hypothèses de recherche (démarche hypothético-inductive). La présente étude s'inscrit dans une **démarche hypothético-déductive** car nous partons d'un système théorique (problématique et hypothèses) qui sera confirmé ou infirmé par le résultat des entretiens (Barbusse et Glaymann, 2005).

Pour mener à bien un entretien semi-directif, un guide d'entretien, regroupant thèmes, questions et relances, est essentiel. Celui-ci sert de trame, de fil directeur pour que l'enquêteur n'oublie rien d'essentiel, tout en laissant une marge de liberté à l'interrogé. De plus, ces guides ont plusieurs fonctions. D'une part, ils rassurent l'enquêteur en lui offrant un repli en cas d'oubli ou de gêne. D'autre part, il offre une rigueur scientifique à la démarche d'enquête aux yeux de l'enquêté. Cependant, le guide d'entretien peut aussi donner un côté scolaire paralysant le discours de l'interrogé si celui-ci le voit devant lui. Il est donc préférable de ne pas montrer la grille d'entretien au questionné (Gay, 2010). En regroupant les questions de l'entretien, le guide aide à obtenir une richesse du contenu des entretiens pour en faire un mode d'investigation irremplaçable en sociologie.

2.1.2 Les guides d'entretien utilisés

Les guides d'entretien sont des outils propres à chaque chercheur et leur composition varie donc en fonction des méthodes de chacun. Pour la présente étude, deux guides différents ont été conçus : un à destination des patients opérés, et l'autre à destination de leurs conjoints. Cependant, les variations entre les deux guides doivent être minimes afin de conserver la même trame pour tous les entretiens et donc faciliter par la suite l'analyse des contenus. Les guides d'entretien sont donnés en **Annexe C**. Ces derniers regroupent les mêmes thèmes que pour la phase exploratoire menée l'an passé à quelques modifications près que nous allons aborder. Pour rappel, les principaux thèmes des guides sont les suivants, tant pour l'opéré que son conjoint :

- **Présentation** de l'interrogé et de son entourage ;
- **Construction de la décision** de chirurgie ;
- **Histoire du poids** et **rapport à l'alimentation** avant la chirurgie ;
- Étapes de la **prise en charge** ;
- **Rôle du conjoint** et de la famille dans la prise en charge ;

- **Rapport à l'alimentation** après la chirurgie ;
- **Rôle du conjoint** et de la famille dans l'alimentation quotidienne ;
- **Rapport au corps** après la chirurgie et possibles impacts sur la vie de famille.

Selon ces principaux thèmes, les questions sont posées bien évidemment de façon différente selon que l'on s'adresse au conjoint ou à l'opéré. Cependant, et afin d'améliorer les guides d'entretiens par rapport à l'étude exploratoire, la formulation de certaines questions a été modifiée pour effectuer un plus grand *focus* sur le « couple » en lui-même, et un peu moins sur la « famille ». En effet, il a été remarqué dans l'étude exploratoire que le terme « famille », ou « entourage », amenait les interrogés à se livrer plus par exemple sur leurs enfants que sur leurs conjoints. Le vocabulaire utilisé est donc très important pour la compréhension des questions du guide. Également, et pour rendre l'entretien plus ludique et efficace, d'autres outils sociologiques ont été inclus aux guides d'entretien, entre autres une frise biographique et une mise en situation.

2.1.3 La frise biographique

Cet outil sociologique consiste à tracer une frise vide sur une feuille blanche et de demander à l'enquêté d'y inscrire tout ce qu'il désire et qui pourrait retracer son parcours personnel. Sur cette frise peuvent être placés tous les évènements de vie cités au cours de l'entretien, de la naissance de l'enquêté jusqu'à la rencontre avec l'enquêteur. Cette méthode est très utile pour avoir une vision d'ensemble du parcours de l'enquêté tout au long de l'entretien et permet de cibler les questions pour compléter la frise dans les zones laissées vacantes, ou pointer des incohérences biographiques (Sauvayre, 2013).
Concernant la présente étude, pour les premières questions de l'entretien portant sur le parcours menant à la chirurgie, les individus ont très souvent tendance à retracer leur parcours depuis l'origine de l'obésité. Dans ce cas, la frise biographique peut être très utile, l'obésité étant déclenchée par des évènements très particuliers et très personnels pour les individus.

2.1.4 La mise en situation

Lors de l'étude exploratoire menée l'an passé, il a été remarqué que certains interrogés, notamment les conjoints des opérés, ont souvent du mal à décrire le contexte du repas

conjugal sur une simple question de type « comment se passent les repas à deux à la maison ? ». De ce, fait, certaines questions ont été reformulées sous forme de mise en situation. Cet outil permet à un ou plusieurs individus de jouer un scénario dans lequel l'enquêteur a fixé différents rôles et une problématique. Ce scénario est souvent pris parmi les problèmes vécus. Une série de situations analogiques isomorphes à la situation problématique sont mises en place et nous prescrivons à l'individu un rôle qui renforce ce problème. Ce sont concrètement des mises en scène de situations problématiques de leur vie (Mucchielli, 2009, p 129). Ainsi, et afin de mieux comprendre les nouvelles dynamiques autour du repas, des mises en situation peuvent être utiles. Deux situations ont donc été créées :

- Un repas en couple au restaurant ;
- Un repas en couple à la maison si les enfants sont absents.

Ces situations restent volontairement vagues afin d'amener l'enquêté à réfléchir sur le contexte de la scène et exprimer tout ce qui lui passe par la tête lorsqu'il l'imagine. Grâce à cet outil, nous avons une vue bien précise sur la commensalité conjugale en fonction de toutes les nouvelles dynamiques alimentaires impliquées par la chirurgie.

Enfin, et de même que pour la frise biographique, les mises en scène ajoutent un côté ludique à l'entretien et rompent la monotonie éventuelle d'une suite de questions plus conventionnelles.

La méthodologie de collecte des données étant maintenant explicitée, il est temps d'aborder les résultats concrets de l'étude probatoire, à commencer par les caractéristiques réelles de l'échantillon des couples interrogés.

3. Caractéristiques de l'échantillon

3.1 Description détaillée des couples interrogés

Comme expliqué dans la méthodologie d'échantillonnage, un total de 20 couples opéré/conjoint a été interrogé. Pour des raisons éthiques, un formulaire de consentement écrit a été signé par chacun des participants car, après renseignement, un comité d'éthique n'est pas nécessaire en sociologie pour ce type d'étude. Le document d'autorisation en question est donné en **Annexe D**.

Tous les critères théoriques précédemment cités concernant la méthodologie d'enquête ont été validés sur le terrain mis à part pour deux aspects mineurs :

- Un des facteurs non pris en compte lors de l'échantillonnage était le fait que **les deux membres du couple avaient été opérés** d'une chirurgie bariatrique et ce cas de figure s'est présenté pour l'un des 20 couples : **Vivian** et **Vera**. Néanmoins, ce couple a été inclus à l'étude car d'une part il a été très complexe de trouver des hommes opérés, et d'autre part, ces données peuvent être intéressantes pour constater les dynamiques conjugales de soutien lorsque les deux membres du couple ont vécu la même expérience. Également, ce cas de figure n'est sûrement pas un cas isolé car nous avons vu que beaucoup de personnes dans l'entourage d'un individu obèse sont elles aussi en surpoids ou obèses (Aarts et *al*, 2015). Cela nous confirme encore une fois la théorie de l'homogamie de Girard ou de Christakis ;
- Concernant la méthodologie de collecte des données, **les couples ont été questionnés séparément excepté pour deux d'entre eux**. Pour **Florent** et **Fanny**, trop peu de leur temps était disponible afin que je les interroge de manière séparée. De ce fait, par gain de temps, l'entretien s'est déroulé simultanément pour le couple, sans pour autant changer la trame de la grille d'entretien. Pour **Marc** et **Maddy**, le couple m'informe dès ma venue chez eux qu'ils n'ont rien à se cacher et qu'ils désirent effectuer l'entretien tous les deux. En effet, la longueur de l'entretien a permis de récolter toutes les informations nécessaires à l'étude sans qu'aucun des deux membres du couple ne s'autocensure pour autant, ce couple étant dans une très bonne dynamique de soutien.

Mis à part ces deux aspects, toutes les caractéristiques méthodologiques décrites précédemment ont été validées. Afin de mieux visualiser le parcours de chacun des couples, un résumé descriptif des points importants ressortis après les entretiens peut être utile à la compréhension des résultats concrets de l'étude. En **Annexe E** se trouvent donc mes premières impressions sur chacun des couples rencontrés. Cela aidera le lecteur à mieux les connaître et comprendre leur histoire.

Comme nous le voyons dans le Tableau 6 suivant qui offre une vue détaillée des individus interrogés, les âges des participants sont variés, tout comme leurs catégories socioprofessionnelles. L'échantillon paraît donc plutôt hétérogène, ce qui est un critère positif pour des résultats qualitatifs. La description globale de l'échantillon va confirmer cet aspect.

Tableau 6 : Description des couples interrogés

Prénom	Age	Profession	Statut marital	Enfant(s)	Opération	Perte de poids
Vivian	32 ans	employé SNCF	mariés depuis 10 ans	1 (5 ans)	sleeve (4 mois)	20 kg
Vera	32 ans	animatrice en crèche			sleeve (7 mois)	27 kg
Thérésa	65 ans	retraitée directrice d'école	mariés depuis 42 ans	2 (34 et 30 ans)	anneau (2 ans)	30 kg
Théodore	72 ans	retraité conducteur de camions			-	-
Rachel	58 ans	retraitée cadre de soin	mariés depuis 33 ans	1 (33 ans)	bypass (5 mois)	31 kg
Raymond	58 ans	commercial			-	-
Patricia	35 ans	câbleuse	en couple depuis 5 ans	-	bypass (1 an)	10 kg
Paul	30 ans	sans emploi			-	-
Marc	45 ans	invalidité	mariés depuis 12 ans	-	sleeve (2 ans)	120 kg
Maddy	42 ans	artiste lyrique			-	-
Monica	54 ans	réformée contrôleuse dans les trains	en couple depuis 8 ans	-	anneau (3 mois)	11 kg
Michel	52 ans	informaticien			-	-
Magalie	45 ans	employée de mairie	mariés depuis 30 ans	2 (16 et 22 ans)	sleeve (1 an et demi)	50 kg
Matthieu	50 ans	cadre informatique dans la santé			-	-
Gabrielle	74 ans	retraitée secrétaire	mariés depuis 57 ans	2 (50 et 52 ans)	sleeve (9 ans)	20 kg
Gérard	77 ans	retraité ingénieur aéronautique			-	-
Gina	46 ans	professeure en lycée	mariés depuis 24 ans	2 (18 et 21 ans)	sleeve (6 mois)	30 kg
Gauthier	49 ans	militaire			-	-
Flora	33 ans	télé opératrice	en couple depuis 8 ans	3 (14, 10 et 3 ans)	sleeve (1 an et demi)	43 kg
François	33 ans	sans emploi			-	-
Florent	52 ans	expert en assurance	mariés depuis 30 ans	-	sleeve (2 ans)	30 kg
Fanny	53 ans	auxiliaire de vie sociale			-	-
Esma	27 ans	sans emploi	en couple depuis 4 ans	-	bypass (1 an)	51 kg
Erwan	34 ans	photographe			-	-

Cara	56 ans	coiffeuse et formatrice	en couple depuis 3 ans	3 (22, 25 et 30 ans)	sleeve (1 an)	15 kg
Carl	52 ans	commercial			-	-
Cassandra	43 ans	assistante maternelle	mariés depuis 21 ans	3 (20 et jumeaux de 17 ans)	sleeve (5 ans et demi)	30 kg
Cédric	51 ans	contrôleur aérien			-	-
Bastien	62 ans	retraité restauration	mariés depuis 32 ans	-	bypass (3 ans)	110 kg
Babette	64 ans	retraitée aide à domicile			-	-
Deborah	37 ans	vente en magasin	en couple depuis 10 ans	2 (2 et 4 ans)	sleeve (1 an)	40 kg
Denis	36 ans	enseignant			-	-
Béatrice	70 ans	retraitée enseignante	mariés depuis 50 ans	2 (43 et 49 ans)	anneau (3 mois)	8 kg
Bernard	74 ans	retraité enseignant			-	-
Émilie	57 ans	retraitée secrétaire	mariés depuis 36 ans	3 (28, 30 et 35 ans)	sleeve (4 ans et demi)	30 kg
Éric	60 ans	retraité finance			-	-
Adeline	42 ans	responsable des ventes en magasin	mariés depuis 16 ans	1 (9 ans)	bypass (1 an)	55 kg
Aaron	43 ans	cadre responsable comptable			-	-
Amélia	49 ans	fonctionnaire à La Poste	mariés depuis 16 ans	1 (17 ans)	bypass (3 ans)	67 kg
Antoine	45 ans	travaille dans un bar			-	-

Source : création personnelle

3.2 Description globale de l'échantillon

En concordance avec les modalités d'échantillonnage, parmi les 20 opérés de chirurgie bariatrique de l'échantillon, **16 étaient des femmes et 4 des hommes**, reflétant ainsi les proportions genrées réelles de la population des opérés bariatriques en France en 2011 (environ 80% de femmes et 20% d'hommes). De plus, et même pour un échantillon de 4 hommes opérés, le recrutement a été compliqué, les hommes se faisant rares sur ce type d'opération. L'**Annexe F** regroupe toutes les représentations dans l'espace des caractéristiques de cet échantillon, et notamment sa répartition sexuée.

Le critère de l'ancienneté de l'opération est lui aussi intéressant. En effet, nous remarquons de grandes différences de vécu de l'après opération à 6 mois ou à plus de 2 ans par exemple. Notre échantillon concerne **4 opérés de moins de 6 mois**, **11 opérés entre 6 mois et 2 ans**, et **5 opérés de plus de 2 ans**. Dans l'**Annexe F** se trouve un graphique représentant ces proportions.

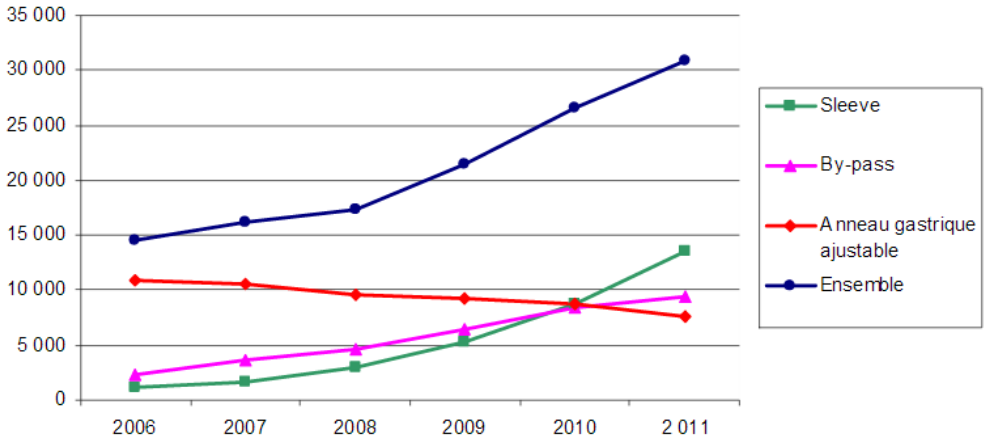
Cette catégorisation de l'ancienneté de l'opération n'a bien sûr pas été choisie par hasard :

- **Moins de 6 mois** : c'est pendant cette période que les conséquences alimentaires de la chirurgie se font le plus ressentir tant par l'opéré que par son entourage. Cette tranche d'ancienneté nous permettra donc de recueillir les témoignages très récents des débuts après l'opération. En effet, plusieurs années après la chirurgie, les individus parviennent difficilement à se souvenir de cette période des 6 premiers mois ;
- **Entre 6 mois et 2 ans** : lorsque les 6 premiers mois sont écoulés, l'opéré et son entourage arrivent à trouver une certaine routine dans les nouvelles habitudes alimentaires, des stratégies sont testées et adoptées en fonction de leur efficacité. Cette tranche d'ancienneté nous offrira de ce fait les stratégies d'adaptation retenues concernant l'alimentation ;
- **Plus de 2 ans** : après 2 ans d'opération, certaines anciennes « mauvaises » habitudes réapparaissent et la limitation physique du petit estomac se fait moins ressentir que dans les débuts. Les opérés doivent donc mettre en place de nouvelles stratégies pour préserver la perte de poids sur le long terme. En effet, c'est dans cette période que le poids peut commencer à se stabiliser, voire à augmenter légèrement.

Plus de la moitié de notre échantillon d'opérés a une ancienneté comprise entre 6 mois et 2 ans. Il est certain que l'idéal aurait été d'obtenir une répartition équitable dans l'échantillon. Cependant, le recrutement étant déjà assez complexe, il aurait été difficile d'obtenir des proportions équitables, d'autant plus que ce sont les opérés entre 6 mois et 2 ans qui sont les plus fréquemment rencontrés dans les structures de soin pour le suivi postopératoire.

Quant au type d'opération, il paraît important de préciser que l'échantillon se compose de **6 *bypass* gastriques, 3 anneaux gastriques ajustables, et 11 *sleeve gastrectomy*** (cf. **Annexe F**). Plus de la moitié de l'échantillon des opérés a donc subi une *sleeve gastrectomy*. Cela s'explique par le fait que ce sont les chirurgies bariatriques les plus pratiquées aujourd'hui, faisant reculer les autres techniques telles que le *bypass* et l'anneau gastrique. Ces données concordent avec les données représentées sur la Figure 3 suivante, extrait du rapport de la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) de 2013.

Figure 3 : Évolution des techniques de chirurgie bariatrique de 2006 à 2011

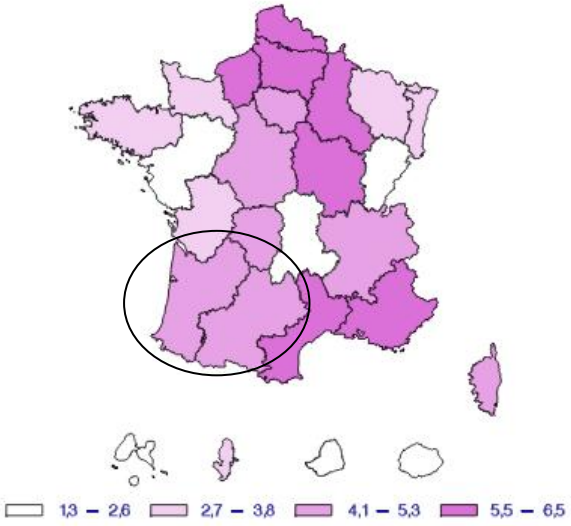


Source : CNAM, 2013

Ce rapport nous indique également les régions pratiquant le plus d'interventions de chirurgie bariatrique[9]. Nous pouvons donc voir sur la Figure 4 suivante que les régions Aquitaine et Midi-Pyrénées, où a été menée cette étude, sont des régions qui pratiquent un grand nombre d'opérations.

[9] Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Étude sur la chirurgie bariatrique en 2011, Février 2013. Disponible sur : http://www.automesure.com/library/pdf/DP-cnam-chir-obesite-2013.pdf (consulté le 09-05-16).

Figure 4 : Taux standardisé d'intervention de chirurgie bariatrique en France en 2011 (pour 10 000 personnes résidentes)



Source : CNAM, 2013

La pertinence géographique de l'échantillon est donc prouvée car notre échantillon se compose de **13 des participants en région Midi-Pyrénées et 7 en Aquitaine** (cf **Annexe F**). Un plus grand nombre de patients provient évidemment de la région Midi-Pyrénées car c'est la région où se situe le lieu de stage.

La moyenne d'âge des opérés bariatriques en France est de 39 ans pour les femmes et de 41 ans pour les hommes, avec une majorité des patients présents dans les tranches d'âge des 30-39 ans et des 40-49 ans[10]. Dans la présente étude, la moyenne d'âge des opérés est de **49 ans**, et la moyenne d'âge des conjoints est de **50 ans**. Nous nous trouvons donc dans une des tranches d'âge majoritaire des données quantitatives françaises. Cependant, nous pouvons souligner la diversité des âges de l'échantillon qui nous offre une grande richesse des réponses obtenues, car les âges des opérés de l'étude se situent de 27 à 74 ans pour les deux extrêmes. Étant donné la moyenne d'âge de l'échantillon, la grande majorité des couples sont des couples de longue date, seulement cinq des couples sont formés depuis moins de 10 ans. Cela nous permettra de recueillir des données réalistes quant au vécu de l'après chirurgie au sein du couple. Également, la majorité des couples de l'étude ont des enfants, seuls six n'en ont pas.

[10] Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Étude sur la chirurgie bariatrique en 2011, Février 2013. Disponible sur : http://www.automesure.com/library/pdf/DP-cnam-chir-obesite-2013.pdf (consulté le 09-05-16).

Malgré le fait que toutes les conditions d'échantillonnage soient respectées, certaines difficultés ont été rencontrées lors de la réalisation de l'étude sur le terrain.

3.3 Difficultés rencontrées

3.3.1 Le recrutement

Trouver 20 couples d'opérés/conjoints pour cette phase probatoire n'a pas été chose facile. En effet, obtenir l'accord de l'opéré n'est pas aussi difficile qu'obtenir celui de son conjoint. **La plupart des refus rencontrés pendant la phase de recrutement incombaient à la décision du conjoint**, en tout cas selon les dires des opérés eux-mêmes. Il est vrai que le premier contact s'est toujours exclusivement fait auprès des opérés rencontrés dans les structures de soin ou via les associations.

Également, et lorsque les deux membres du couple étaient d'accord pour participer à l'étude, nous avons du **trouver ensemble des créneaux disponibles afin d'effectuer les entretiens**. Dans le but de réaliser à la suite les entretiens avec les deux membres du couple, il était nécessaire d'organiser la rencontre à un moment durant lequel le couple était disponible, chose évidemment complexe en fonction des emplois du temps de chacun. Les déplacements dans les régions Aquitaine et Midi-Pyrénées ont donc été très fréquents. Exceptionnellement, quelques entretiens ont été faits par téléphone auprès de certains conjoints ayant un emploi du temps trop chargé vis-à-vis de leur profession. Néanmoins, ces entretiens téléphoniques n'ont pas été moins fructueux que d'autres entretiens en face à face.

Malgré quelques annulations de dernière minute et autres **imprévus organisationnels**, le rétro-planning de la phase de recrutement préalablement instauré a pu être respecté. En effet, avant la phase de recrutement, un rétro-planning a été créé afin de ne pas dépasser les délais temporels fixés avec le maître de stage et de mémoire. Ce rétro-planning était consultable par ces derniers sur une plate-forme de partage internet. Nous pouvons donc voir sur le Tableau 7 que la phase de recrutement et de réalisation des 40 entretiens devait initialement se dérouler sur un total de 8 semaines (du 9 mai au 10 juillet 2016) avec une moyenne de 5 entretiens par semaine (zone bleu) afin d'embrayer au plus tôt la phase d'analyse des résultats. En réalité, cette phase s'est achevée une semaine plus tôt car la moyenne d'entretiens par semaine était plus élevée que 5 (zone rouge).

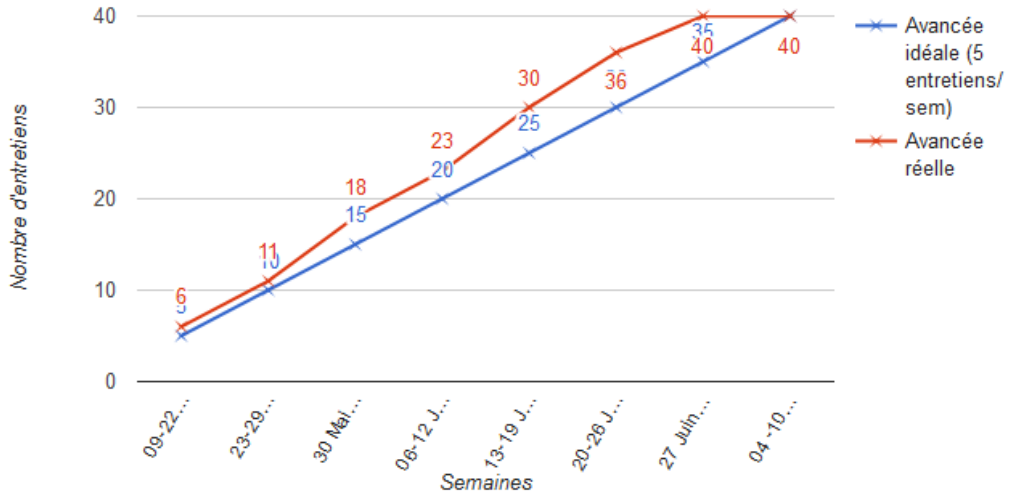
Tableau 7 : Rétro-planning de la phase probatoire

Semaines	Nombre d'entretiens dans l'idéal	Avancée idéale (5 entretiens/sem)	Nombre d'entretiens réel	Avancée réelle
09-22 Mai	5	5	6	6
23-29 Mai	5	10	5	11
30 Mai - 05 Juin	5	15	7	18
06-12 Juin	5	20	5	23
13-19 Juin	5	25	7	30
20-26 Juin	5	30	6	36
27 Juin - 03 Juillet	5	35	4	40
04 -10 Juillet	5	40	0	40

Source : création personnelle

La Figure 5 suivante n'est autre que la représentation dans l'espace de ce rétro-planning. Nous pouvons en effet y voir que l'avancée réelle (courbe rouge) est toujours au dessus de l'avancée idéale fixée initialement (courbe bleue). L'achèvement précoce de cette phase de réalisation des entretiens a permis de prendre de l'avance sur la phase d'analyse de ceux-ci après retranscription intégrale de chacun des 40 entretiens. Malgré cette dernière semaine d'avance, j'ai choisi de ne pas effectuer d'entretiens supplémentaires, une saturation des réponses commençant à se faire déjà ressentir avec ces 40 entretiens. De plus, ce total d'entretiens a offert une grande richesse de résultats qui nécessitait une analyse approfondie.

Figure 5 : Courbe représentative du rétro-planning de la phase probatoire



Source : création personnelle

Malgré quelques difficultés rencontrées, nous pouvons donc dire que la phase de recrutement de cette étude probatoire a été réussie, avec même une légère avance au niveau du planning. Concernant les modalités de réalisation des entretiens, certains imprévus ont été rencontrés, comme dans tout terrain de recherche, m'amenant à trouver des stratégies alternatives.

3.3.2 Les modalités d'entretien

Les 40 entretiens se sont déroulés de façon optimale, le sujet de la chirurgie bariatrique étant très pris à cœur par les interrogés, qu'ils soient opérés ou conjoints. De ce fait, une grande richesse des données s'est faite ressentir. Malgré tout, et pour aboutir à de tels résultats, les différentes modalités d'entretiens devaient être respectées, soient :

- **Effectuer les entretiens de façon séparée** pour chaque membre du couple ;
- **Obtenir les réponses à toutes les questions** du guide d'entretiens ;
- Avoir le consentement des participants pour **enregistrer les entretiens.**

Pour la première des conditions, nous avons vu, pour des raisons pratiques, que deux des 40 entretiens avaient été réalisés avec les deux membres du couple simultanément. Cependant, cela n'a pas affecté pour autant la qualité des données fournies. Pour tous les autres entretiens, il n'a pas été chose facile de faire comprendre aux enquêtés que les discussions devaient se faire séparément pour respecter les conditions de l'étude. Malgré cela, les enquêtés ont été compréhensifs et se sont pris au jeu, me facilitant grandement la tâche.

Concernant le **consentement des participants à enregistrer les conversations** afin de les retranscrire, aucun d'entre eux n'a été réticent.

Enfin, pour **obtenir toutes les réponses aux questions du guide** d'entretien, il a fallu gérer les différents caractères des enquêtés. Certains sont tout à faits loquaces et doivent justement être recadrés vis-à-vis des points importants du guide d'entretien, et d'autres sont à l'inverse peu bavards et doivent donc être constamment relancés. C'est dans ces moments-là que le guide d'entretien a tout son intérêt comme outil d'enquête sociologique. Les ajouts d'éléments cités auparavant sur le guide d'entretien par rapport à celui de l'an passé ont été enrichissants pour la plupart des entretiens. En effet, la **frise biographique** est un outil qui a grandement aidé la plupart des participants à fixer leurs propos concernant leur parcours de vie. Nous pouvons voir en **Annexe G** des exemples assez

parlants de différentes interprétations de ces frises par les enquêtés. Certains y font figurer un grand nombre d'informations comme c'est le cas pour **Béatrice** et d'autres seulement des chiffres clés, comme **Rachel**. D'autres encore s'en servent pour dresser leur portrait en notant les points importants qu'ils me citent pendant l'entretien, comme l'a fait **Amélia**. Certains participants ont quand a eux été bloqués à l'idée de remplir cette frise et se sentaient beaucoup plus à l'aise à l'oral seulement. Dans ce cas là, je n'ai pas insisté, cet outil étant un supplément d'informations non cruciales pour l'étude. Néanmoins, les frises obtenues m'ont permis d'avoir un bon aperçu du parcours de chacun des opérés.

Quant aux **mises en situation** de scènes concrètes de la commensalité conjugale, ce sujet était souvent abordé de manière spontanée par les enquêtés. De ce fait, il paraissait inutile de se servir de ces mises en situation. Cependant, et pour les enquêtés moins loquaces, cet outil a été un bon moyen de les faire s'exprimer. D'autres en revanche se sont trouvés inhibés par cet effort d'imagination.

Nous pouvons donc dire que l'enquêteur en sociologie doit constamment gérer les situations inattendues, les individus interrogés étant tous très différents. La méthodologie de l'étude et la description de l'échantillon étant exposées, il est maintenant intéressant de faire une analyse détaillée des résultats.

Chapitre 5 :

Analyse des résultats par hypothèses

Lors de la première partie de ce mémoire, nous avons passé en revue l'état de la bibliographie actuelle en la matière et fait des liens avec le sujet d'étude grâce à la phase exploratoire. Tout ce travail a débouché sur une problématique et des hypothèses de recherche bien précises. La phase probatoire, dont nous avons précédemment décrit la méthodologie et la composition de l'échantillon, va nous servir à valider ou invalider ces hypothèses de recherche. Mais avant d'aller plus loin, il paraît important de préciser à nouveau cette problématique :

Dans quelles mesures les changements alimentaires de l'opéré bariatrique déterminent les dynamiques de soutien conjugal des conjoints concernant les repas ?

Nous avons posé différentes hypothèses et sous-hypothèses que nous allons maintenant valider ou invalider suite aux différents résultats de cette étude probatoire. Pour cela, nous nous appuierons sur les verbatim extraits des entretiens réalisés auprès de l'échantillon des opérés et de leurs conjoints que nous avons précédemment présentés. Il paraît naturel de préciser que tous les prénoms utilisés sont créés de toutes pièces afin d'assurer un anonymat total. En **Annexes H, I, J**, et **K** sont présentés des exemples de retranscriptions intégrales pour deux des couples interrogés, soient **Esma** et **Erwan**, puis **Cassandra** et **Cédric**.

1. Première hypothèse : Soutien conjugal et impact sur la commensalité familiale et conjugale

Cette première hypothèse pose le fait que les dynamiques de soutien conjugal au moment des repas peuvent être perçues de façon ambivalente par les opérés. D'une part, cela peut être pris pour de l'hyper vigilance et entraîner des conflits ou tensions. D'autre part, les dynamiques de soutien peuvent au contraire aider l'opéré à respecter ses prescriptions diététiques. L'hypothèse est formulée de la façon suivante :

Les dynamiques de soutien conjugal au moment des repas ont un impact sur l'ambivalence de la commensalité familiale et conjugale :

- **Sous-hypothèse 1** : Les dynamiques de soutien conjugal au moment des repas peuvent être perçues comme une hyper vigilance de l'alimentation aux yeux des opérés et entraîner de possibles tensions ;
- **Sous-hypothèse 2** : Les dynamiques de soutien conjugal au moment des repas peuvent être perçues comme un garde-fou de l'alimentation aux yeux des opérés et améliorer leur observance diététique.

L'alimentation peut souvent être un tabou dans les couples où l'un des deux membres est obèse. En effet, les remarques éventuelles des conjoints peuvent être très mal prises et dans ce cas là, la nourriture et le moment du repas peuvent devenir conflictuels (Furlan, 2016). L'obésité, et par conséquent l'alimentation peut être considérée comme une troisième personne qui s'interpose au sein du couple :

« Quand on s'est rencontrés, comme j'étais un peu dodue, il m'avait déjà dit "ça serait bien de maigrir un peu, faire du sport, manger plus de légumes", donc y a toujours eu l'alimentation entre nous deux... Ce qui fait que moi je le prenais mal, parce que c'était pas méchant de sa part, tout ça je l'ai compris qu'après, et en mettant tout à plat avec lui, mais c'était "tu devrais manger plus de légumes", et moi ça voulait dire "ben t'es grosse" » (Cassandra, 43 ans, assistante maternelle, mariée depuis 21 ans, 3 enfants, opérée depuis 5 ans et demi, a perdu 30 kg)

Nous pouvons donc supposer qu'après la chirurgie, avec la perte de poids et l'augmentation de l'estime de soi, les opérés regagnent un certain bien-être vis-à-vis de l'alimentation, apaisant ainsi les tensions présentes auparavant :

« Y a moins de disputes qui auparavant étaient liées à l'alimentation hein... » (Cédric, 51 ans, contrôleur aérien, marié depuis 21 ans, 3 enfants, conjoint de Cassandra)

1.1 L'inquiétude du conjoint peut se traduire par une hyper vigilance alimentaire

Cependant, après la chirurgie, nous avons pu constater à travers les différents entretiens que certaines dynamiques de soutien conjugal au moment des repas avaient des effets ambivalents. **Thérésa** nous informe par exemple que son mari la surveille constamment lorsqu'ils sont à table, s'inquiétant des possibles résultats négatifs de la chirurgie :

« Il est toujours en train de me surveiller, il doit avoir peur, parce qu'on entend dire qu'il y a des anneaux...qu'il a fallu enlever parce que ça marchait plus, on regrossissait » (Thérésa, 65 ans,

retraitée directrice d'école, mariée depuis 42 ans, 2 enfants, opérée depuis 2 ans, a perdu 30 kg)

En effet, beaucoup de conjoints tendent à s'inquiéter des conséquences alimentaires de la chirurgie, et cela peut notamment les amener à surveiller l'alimentation de l'opéré de façon insistante :

« Un peu de stress de se dire "est ce qu'elle va prendre suffisamment de nutriments, de vitamines, est ce que l'alimentation va lui apporter suffisamment de tout ça", ça oui, on s'inquiétait un peu » (Cédric, 51 ans, contrôleur aérien, marié depuis 21 ans, 3 enfants, conjoint de Cassandra)

L'hyper vigilance de la part du conjoint peut donc traduire de simples inquiétudes quant aux conséquences de l'opération. Mais parfois, cela peut juste faire office de rappel à l'ordre, comme c'est le cas pour **Gérard**, qui a tendance à essayer de raisonner **Gabrielle** par rapport à ses excès alimentaires, elle qui aurait tendance à privilégier le plaisir d'une collation de charcuterie :

« On est allés dans une ferme et on a acheté, comme chaque année du foie gras, enfin du foie, que j'ai préparé. Ils proposaient tout un tas de produits, dont des fritons […] Et on en a acheté (rire). On en a acheté et j'en ai encore un sachet. Et moi je jardine beaucoup, et je suis exténuée quand je rentre, et j'aime bien manger un peu de pain avec des fritons, et alors là, mon mari, il me dit "tu devrais prendre ça ou ça, mais pas les fritons", j'ai dis "oui, mais on les a acheté, je les aime, j'en mange". » (Gabrielle, 74 ans, retraitée secrétaire, mariée depuis 57 ans, 2 enfants, opérée depuis 9 ans, a perdu 20 kg)

Cependant, outre ces petites tensions qui font deviner des inquiétudes en toile de fond, quelques petits accrochages peuvent avoir lieu si le conjoint a du mal à adopter les nouvelles habitudes alimentaires postopératoires.

1.2 Des tensions liées à l'apprentissage de nouvelles habitudes

Tous les conjoints ne participent pas forcément à l'éducation alimentaire faite auprès de l'opéré avant l'opération. De ce fait, et lorsque c'est le conjoint qui cuisine, ce dernier peut être amené à ne pas faire les choses dans les règles de l'art, faisant monter la tension au sein du couple. **Gabrielle** reproche par exemple à son époux de cuisiner avec encore trop de matières grasses, étant par la suite obligée de rectifier le tir :

« Lui, il a tendance à en mettre un peu trop de matières grasses, alors je prends le papier absorbant ou je dis "non, pas ça". » (Gabrielle, 74 ans, retraitée secrétaire, mariée depuis 57 ans, 2 enfants, opérée depuis 9 ans, a perdu 20 kg)

Théodore, lui, sait bien que **Thérésa** aimerait qu'il mange moins vite pour qu'il reste plus longtemps à table avec elle, mais les efforts sont encore difficiles pour lui :

« Mais moi je mange vite alors, et elle, elle râle parce moi je suis parti qu'elle n'a pas à moitié mangé ! » (Théodore, 72 ans, retraité conducteur de camions, marié depuis 42 ans, 2 enfants, conjoint de Thérésa)

L'effet est double pour notre couple **Vera** et **Vivian** qui se sont faits opérer tous les deux. L'un veut que les efforts soient faits sur les quantités ingérées et l'autre sur l'ajout de matière grasse :

« Il a souvent râlé sur les matières grasses. Depuis longtemps il me dit que c'est pas bon, c'est vrai que c'est difficile pour moi de ne pas en mettre, donc moi voilà, ça a été le conflit. Lui me disait de faire attention, mais en même temps il me disait de faire attention sur la matière grasse et pas sur les quantités, donc bon je lui disais "l'un dans l'autre", si t'arranges pas d'un côté, pourquoi moi j'arrangerais de mon côté quoi...c'est bête mais ça a été un peu ça quoi. » (Vera, 32 ans, animatrice en crèche, mariée depuis 10 ans, 1 enfant, conjointe de Vivian et opérée depuis 7 mois, a perdu 27 kg)

Mais sans parler maintenant d'une difficulté d'apprentissage, certains conjoints cherchent tout simplement à faire plaisir à leur moitié en faisant un petit geste, peut être inapproprié parfois. Par exemple, **Carl** voudrait bien acheter à **Cara** des choses qu'elle aime mais qui ne sont pas forcément à consommer en excès après la chirurgie :

« Des fois il me dit "bon je vais acheter ça", parce qu'il sait que je suis gourmande, je l'engueule ! » (Cara, 56 ans, coiffeuse et formatrice, en couple depuis 3 ans, 3 enfants, opérée depuis 1 an, a perdu 15 kg)

Quant à **Rachel**, elle apprécie que son mari fasse des efforts pour lui rendre la vie plus facile comme il l'a fait juste après l'opération, même s'il y a encore quelques ajustements à effectuer :

« Bon après avec des tâtonnements, quand j'étais en postopératoire, il m'amenait mon petit-déjeuner au lit, mais il mettait systématiquement de la confiture, j'ai mis longtemps à lui dire que la confiture je pouvais m'en passer, même si c'était pas de la grosse confiture, il devait y avoir une demie cuillère sur les deux biscottes mais il le faisait tellement gentiment... » (Rachel, 58 ans,

retraitée cadre de soin, mariée depuis 33 ans, 1 enfant, opérée depuis 5 mois, a perdu 31 kg)

Nous avons vu que l'alimentation était souvent conflictuelle dans les couples où l'un des deux est obèse. Après la chirurgie, ces rapports sont nettement améliorés mais quelques tensions peuvent subsister autour d'une surveillance accrue de l'alimentation de l'opéré par son conjoint. Cependant, il est nécessaire de préciser que les changements alimentaires conséquents à la chirurgie peuvent beaucoup inquiéter l'entourage. **Deborah** est toujours assez gênée durant les repas de famille un peu plus institués que les repas quotidien avec son conjoint, ayant toujours l'impression d'être épiée :

« Mais par contre c'est vrai que vis à vis des autres, y avait le frère de mon conjoint et tout...c'est un peu, j'aimais pas trop quoi, tout le monde regardait ce que je mangeais, c'est pas très très agréable et quand je suis juste avec mon conjoint y a aucun soucis, mais là, y avait toute la famille… » (Deborah, 37 ans, vente en magasin, en couple depuis 10 ans, 2 enfants, opérée depuis 1 an, a perdu 40 kg)

Cette hyper vigilance peut donc être complexe à gérer pour l'opéré, même si parfois les conjoints sont tout simplement inquiets ou qu'ils ne savent pas comment s'y prendre pour l'adoption de ces nouvelles habitudes alimentaires.

Mais dans d'autres cas, cette surveillance est très utile et bénéfique aux opérés, faisant office de véritable garde-fou nutritionnel.

1.3 Une hyper vigilance faisant office de garde-fou nutritionnel

Selon **Béatrice**, on ne la « surveille » pas, mais on « veille » sur elle. **Bernard**, son mari, est d'après elle très raisonnable dans la vie comme dans l'alimentation. Elle étant beaucoup plus « farfelue », selon ses dires, la surveillance de son époux pendant les repas est une aide réelle :

« C'est quelqu'un qui mène une vie très saine, donc effectivement il est très raisonnable, donc ça aide effectivement, à pas trop s'écarter de ce qu'il faut faire quoi. Il est sage je veux dire, c'est voilà, c'est pas quelqu'un qui déborde, jamais, ni dans sa vie perso, ni à table quoi ! (rire) » (Béatrice, 70 ans, retraitée enseignante, mariée depuis 50 ans, 2 enfants, opérée depuis 3 mois, a perdu 8 kg)

Bernard la conseille en effet sur beaucoup de choses : ne pas manger de trop gros morceaux pour sa bonne digestion, ne pas grignoter pour maintenir sa perte de poids, etc. Et selon elle, il a souvent raison !

« Il m'aide vraiment quoi, il regarde mon assiette, il me dit « arrête c'est trop gros », « tu vas voir ça va te faire grossir ! » et souvent il a raison, en plus ! (rire) » (Béatrice, 70 ans, retraitée enseignante, mariée depuis 50 ans, 2 enfants, opérée depuis 3 mois, a perdu 8 kg)

Fanny, quant à elle, a bien retenu les conseils diététiques et incite **Florent** à manger moins vite tout en mastiquant :

« Parce qu'en fait, au début, il devait mâcher longtemps, juste après l'opération, ils avaient suggéré de poser la fourchette et de mastiquer. Et ça, ça a été difficile parce qu'il mange assez vite et là c'était pas bon du tout. Et je lui dis encore des fois "attends, tu vas trop vite", parce que c'est son habitude, il mangeait vite. Et là non, il fallait mastiquer. » (Fanny, 53 ans, auxiliaire de vie sociale, mariée depuis 30 ans, sans enfant, conjointe de Florent)

Mais l'aide des conjoints ne se réduit pas qu'au moment du repas. En effet, ces derniers contribuent énormément au bien-être alimentaire postopératoire, en cuisinant par exemple des choses que leur moitié aime, ou digère mieux :

« Et même le lapin, moi qui aimais le lapin beaucoup, je ne peux plus, c'est trop sec. Il me le fait en sauce […] Et puis il est là quand même, il est présent. Il me fait des choses que j'aime. L'autre jour je voulais des fèves, les fèves c'est rien. Il y en avait au jardin, il est allé m'en chercher, il a fait des fèves. » (Thérésa, 65 ans, retraitée directrice d'école, mariée depuis 42 ans, 2 enfants, opérée depuis 2 ans, a perdu 30 kg)

« Dans le potager qu'on a, un petit potager, j'avais mis deux variétés de salade. La feuille de chêne et la batavia. Il se trouve que la batavia, elle fait des grandes feuilles, donc au lieu de mettre de la batavia, je mets de la feuille de chêne qui est beaucoup plus facile à manger pour elle » (Bernard, 74 ans, retraité enseignant, marié depuis 50 ans, 2 enfants, conjoint de Béatrice)

Avec un brin d'humour, d'autres personnes de l'entourage familial proche peuvent aussi veiller au bon respect des règles diététiques d'usage, en prenant soin d'éloigner toute tentation. Cela a été le cas pour le fils adolescent d'**Amélia**, qui a volontairement caché le pot de *Nutella* pour que sa mère n'en mange pas :

« Pour vous dire, il me cache les pots de Nutella ! (rire) J'avais acheté du Nutella et j'avais envie d'en goûter une petite cuillère, je lui dis "t'as caché le pot de Nutella ?", il me fait "oui, je l'ai

caché" (rire). » (Amélia, 49 ans, fonctionnaire à La Poste, mariée depuis 16 ans, 1 enfant, opérée depuis 3 ans, a perdu 67 kg)

Concernant cette première hypothèse, nous pouvons donc dire, après analyse, que les dynamiques de soutien conjugal au moment des repas sont effectivement ambivalentes. Cependant, ces nouvelles tensions sont minimes en comparaison à ce qu'elles pouvaient être avant la chirurgie, lorsque l'alimentation était une réelle source de conflit. D'autres dimensions sont également à prendre en compte dans cette hyper vigilance, comme par exemple l'inquiétude du conjoint. Certains opérés vivent cette surveillance comme pesante, et d'autre comme vraiment bienveillante. Nous retrouvons ici tout le côté ambivalent qu'implique la commensalité, tantôt unissant les convives autour du repas, tantôt les séparant. Mais dans tous les cas, nous pouvons supposer qu'une surveillance est nettement plus bénéfique qu'un manque d'efforts et de soutien de la part du conjoint. En effet, ce genre de situation pourrait être totalement contre productive quant aux bénéfices de la chirurgie. Au contraire, nous allons voir que le soutien conjugal, en plus de profiter à l'opéré lui-même, peut également être positif pour l'adoption de certains comportements alimentaires au sein de tout le foyer.

2. Seconde hypothèse : Soutien conjugal et naissance de nouvelles habitudes alimentaires au sein du foyer

Cette seconde hypothèse postule que des stratégies de soutien conjugal au moment des repas dans les débuts de la chirurgie peuvent se transformer en réelles habitudes alimentaires au sein de tout le foyer. D'une part, le soutien conjugal peut mener inconsciemment à l'adoption de nouvelles habitudes alimentaires plus saines. D'autre part, le soutien conjugal est aussi parfois un bon moyen d'adopter de façon totalement consciente de nouvelles habitudes alimentaires plus saines et donc profitables à tout le foyer. L'hypothèse est formulée de la manière suivante :

Les dynamiques de soutien conjugal des conjoints au moment des repas peuvent faire naître de nouvelles habitudes alimentaires auprès de tout le foyer :

- **Sous-hypothèse 1** : Dans une optique de soutien, les conjoints vont se mettre à manger de manière plus saine et équilibrée ;

- **Sous-hypothèse 2** : En alliant soutien conjugal et occasion propice, les conjoints vont se mettre à manger de manière plus saine et équilibrée.

2.1 Suivre l'autre dans une dynamique de soutien

Par soutien et accompagnement de l'autre, beaucoup de conjoints sont prêts à changer leurs habitudes alimentaires. Ces changements peuvent s'opérer dans plusieurs domaines parmi lesquels les quantités, les rythmes, et la qualité des repas.

2.1.1 Les quantités

Avant tout, il est important de préciser que pendant les premières semaines, voire les premiers mois après la chirurgie, les opérés ne peuvent manger que de très petites quantités, équivalentes à peu de choses près à celles que peut absorber un enfant. Il paraît donc tout à fait normal que les conjoints soient à première vue impressionnés par ce changement, d'autant plus que les opérés, pour certains, consommaient des quantités fortement excédentaires par le passé.

De ce fait, et comme **Antoine**, **Paul**, et **Gérard**, certains mangeaient moins par peur d'entraîner ou de frustrer leur conjointes fraîchement opérées :

« Au début ça a fait bizarre, parce que j'osais pas trop manger devant elle. Maintenant qu'elle remange un peu de tout ça va. Mais quand même au début ça m'a fait bizarre. » (Antoine, 45 ans, travaille dans un bar, marié depuis 16 ans, 1 enfant, conjoint d'Amélia)

« Au début j'avais un peu de gêne parce que je savais que bon...c'est son péché mignon, c'est de manger. Donc oui, je savourais pas autant parce que je savais que ça l'embêtait un peu d'avoir une mini portion, moi d'avoir une portion normale. Donc limite parfois je me forçais à me faire des portions plus petites (rire). » (Paul, 30 ans, sans emploi, en couple depuis 5 ans, sans enfant, conjoint de Patricia)

« Comme elle mangeait beaucoup moins, j'essayais de m'arranger, de pas trop trop manger pour...pour l'entraîner » (Gérard, 77 ans, retraité ingénieur aéronautique, marié depuis 57 ans, 2 enfants, conjoint de Gabrielle)

D'autres, comme **Éric**, prolongent les efforts sur le long terme par esprit d'accompagnement et de respect :

« Je pense qu'on mange moins, y a un effet peut être...comment je pourrais dire, de miroir entre les assiettes de chacun. Donc on fait attention, à pas être trop, lui donner trop d'envie, donc on

respecte un peu le conjoint, c'est normal. » (Éric, 60 ans, retraité finance, marié depuis 36 ans, 3 enfants, conjoint d'Émilie)

2.1.2 Le rythme

Il a été très souvent remarqué lors des entretiens que les foyers interrogés avaient une forte tendance à manger rapidement. Après l'opération, l'individu se doit de manger lentement afin de s'assurer une bonne digestion et une tolérance de ce qu'il ingère. **Gina** m'explique qu'à la maison, tout le monde mange très vite. Après l'opération, **Gauthier** fait plus d'efforts pour patienter avec elle à table le soir, contrairement à leurs deux fils adolescents qui selon elle, ont mieux à faire que de rester à table :

« *Souvent, je me retrouve toute seule (rire). Le mari a fait quand même plus d'efforts et il est resté un peu plus longtemps avec moi, parce que du coup, je discute, le temps que le repas se passe, donc on discute un petit peu plus comme ça, ben lui il est obligé de rester et puis ça prend un peu plus de temps. Après les enfants, ils ont toujours mieux à faire...voilà donc eux ils mangent au lance pierre et puis après, ils vont vivre leur vie d'ado* » (Gina, 46 ans, professeure en lycée, mariée depuis 24 ans, 2 enfants, opérée depuis 6 mois, a perdu 30 kg)

Gauthier, de son côté, s'est également rendu compte de cet effort qu'il fait désormais :

« *Avant c'était très rapide un repas, en un quart d'heure, 20 min c'était réglé. Maintenant, on passe un peu plus de temps. On va pas jusqu'à l'heure hein, c'est pas vrai, mais on y passe un peu plus de temps quoi.* » (Gauthier, 49 ans, militaire, marié depuis 24 ans, 2 enfants, conjoint de Gina)

2.1.3 La qualité

Mais les logiques de soutien et d'accompagnement des conjoints passent aussi par la consommation d'aliments considérés comme plus sains, pour éviter de frustrer l'autre. **Maddy** nous explique par exemple qu'elle n'a mangé que des salades après l'opération de **Marc**, pour ne pas le tenter :

« *Au début, quand il rentrait de son intervention où il mangeait le pauvre tout mixé, ça c'était terrible, moi je me souviens que pendant 15 jours, moi j'adore les salades composées, je bouffais que des salades composées parce que je me disais "mais si je bouffe un steak devant ses yeux, le pauvre, il va mourir",* » (Maddy, 42 ans, artiste lyrique, mariée depuis 12 ans, sans enfant, conjointe de Marc)

Erwan, quant à lui, n'a pas fait étalage des produits que sa compagne ne pouvait plus manger :

« Je me suis pas arrêté complètement de manger du fromage, j'en avais un peu, mais pour pas la frustrer, j'étalais pas un plat entier devant elle. » (Erwan, 34 ans, photographe, en couple depuis 4 ans, sans enfant, conjoint d'Esma)

Michel a même essayé d'adopter la même alimentation que **Monica** dans les débuts après la chirurgie, les opérés ne mangeant que sous forme lisse et mixée :

« On a testé le Blédina ensemble on va dire, je fais un raccourci sémantique (rire) » (Michel, 52 ans, informaticien, en couple depuis 8 ans, sans enfant, conjoint de Monica)

Nous pouvons donc constater que certains conjoints sont amenés à modifier leurs habitudes alimentaires afin d'aider l'autre. Mais la dynamique de changement peut aussi être impulsée par le simple fait d'utiliser les conséquences alimentaires de la chirurgie pour améliorer ses propres comportements.

2.2 Suivre l'autre dans l'optique d'améliorer ses propres comportements

La chirurgie bariatrique, par une réduction de l'estomac, implique comme nous l'avons vu des quantités ingérées moindres. De plus, et afin de faire pérenniser la perte de poids, il est conseillé à l'individu de manger de manière saine et équilibrée. Certains conjoints, afin de soutenir l'opéré, se mettent à manger de cette façon. Mais d'autres y ont tout simplement vu l'occasion pour eux d'améliorer leurs propres comportements alimentaires.

2.2.1 Et pourquoi ne pas en profiter ?

Deborah m'explique qu'après son opération, son entourage ayant constaté sa forte perte de poids, beaucoup de membres de la famille encouragent son conjoint **Denis** à adopter les mêmes habitudes, lui qui a aussi un léger embonpoint :

« Le pauvre, tout le monde lui tombe dessus, parce qu'ils lui disent "faut que tu fasses comme Déborah, faut que tu te mettes à maigrir", parce que bon il a pas mal grossit […] il se met un peu aussi à réduire et il me prend des petites assiettes, comme moi. Parce qu'on mange, enfin moi j'ai toujours mangé dans une petite assiette depuis que je suis opérée, donc lui il a fait pareil. Il essaie

de restreindre par ce biais là. » (Deborah, 37 ans, vente en magasin, en couple depuis 10 ans, 2 enfants, opérée depuis 1 an, a perdu 40 kg)

Fanny profite quant à elle de l'opération de son conjoint pour manger moins, ayant pris du poids dernièrement suite à sa ménopause :

« *(En lui demandant pourquoi elle mangeait aussi dans des petites assiettes) Moi ça m'intéressait de manger un peu moins peut être. Parce que comme je fais un boulot assez sédentaire, faut aussi que je fasse attention, je suis aussi en ménopause donc je prends du poids aussi. Donc finalement ça tombe bien, ça tombe à la bonne période pour moi* » (Fanny, 53 ans, auxiliaire de vie sociale, mariée depuis 30 ans, sans enfant, conjointe de Florent)

Aaron, lui, profite d'un changement de rythme de son repas copié sur celui de sa femme, lui permettant à lui et son fils de manger plus lentement et de mieux digérer :

« *Elle mange...plus lentement mais on mange ensemble, on va dire qu'elle...nous pousse à manger un peu plus lentement qu'auparavant. Auparavant on avait tendance peut être à manger un peu trop vite alors que maintenant on mange à un bon rythme, à un rythme plus normal on va dire.* » (Aaron, 43 ans, cadre responsable comptable, marié depuis 16 ans, 1 enfant, conjoint d'Adeline)

Nous pouvons donc remarquer qu'il y a l'apparition d'une motivation profonde à effectuer un « régime » accompagné de la personne qui partage notre vie. Cela confirme encore une fois les études prouvant que les résultats postopératoires sont très positifs lorsque le conjoint adopte la même alimentation que l'opéré et qu'il perd de ce fait lui aussi du poids (Madan et *al*., 2005). Car il faut garder à l'esprit que beaucoup de conjoints de personnes obèses sont elles-aussi en surpoids.

Mais au-delà d'un aspect de confort personnel, l'arrivée de certains évènements dans la vie peut nécessiter l'adoption de meilleures habitudes alimentaires.

2.2.2 Des raisons de santé

Il est vrai que la moyenne d'âge des opérés bariatriques gravitant autour de 40 ans, il n'est pas rare qu'à cette période de la vie, certaines petites pathologies alimentaires apparaissent. Lors des entretiens effectués ici, certains conjoints interrogés ont découvert assez récemment qu'ils souffraient de petits troubles alimentaires. **Éric** s'est vu diagnostiqué un diabète et **Raymond** du cholestérol. De ce fait, les changements alimentaires enclenchés

par l'opération ont été un bon moyen de réguler ces troubles d'origine alimentaire, en mangeant mieux et un peu moins :

« *Maintenant c'est vrai que mon mari fait un peu de diabète, on a fait régime pour diabétique là. […] J'essaie de prendre ce qui est positif dedans. Ça peut être aussi un guide* » (Émilie, 57 ans, retraitée secrétaire, mariée depuis 36 ans, 3 enfants, opérée depuis 4 ans et demi, a perdu 30 kg)

« *Effectivement j'ai pas spécialement envie, on va dire...de m'empiffrer devant elle, voilà. Chose que j'ai jamais fait mais... c'est vrai que, j'essaie de la suivre forcément, j'essaie de me restreindre, de faire attention, de toute façon, ça peut pas être mauvais pour moi parce que depuis peu...on a découvert que j'avais du cholestérol donc voilà.* » (Raymond, 58 ans, commercial, marié depuis 33 ans, 1 enfant, conjoint de Rachel)

Que ce soit donc pour des raisons de confort personnel ou bien de santé, les conjoints, dans une logique de soutien conjugal initialement, adoptent les habitudes alimentaires de l'opéré. Cependant, nous en venons à nous poser des questions vis-à-vis de la liberté d'action de ces conjoints.

2.3 Suivre l'autre : choix ou obligation ?

Un peu plus tôt dans cet exposé, nous avons vu que les inégalités genrées en matière de tâches domestiques, et notamment culinaires, tendaient à se réduire mais étaient néanmoins encore très présentes. En effet, la majorité des opérés étant des femmes, nous supposons que ce sont elles qui sont responsables des repas à la maison, qu'elles sont les « *gatekeeper* » de l'alimentation (Lewin, 1943). Cette théorie est vérifiée lors de cette étude car nos 16 femmes opérées sont pour la très grande majorité, celles qui cuisinent et sont responsables des achats dans le foyer. De ce fait, nous pouvons nous demander si les conjoints ne sont pas tout naturellement contraints à changer leurs habitudes alimentaires, le repas étant souvent le même pour toute la famille.

2.3.1 Les priorités changent

Après la chirurgie, tous les opérés ont le même mot à la bouche : il faut manger « utile ». En effet, l'estomac étant réduit et ne pouvant accueillir que peu de quantités, la priorité doit aller à ce qui est le plus nutritif pour éviter toute carence. De ce fait, les légumes ne

sont plus aussi systématiques qu'avant. Cela est d'autant plus étrange pour les opérés qui ont faits auparavant un grand nombre de régimes restrictifs centrés presque uniquement sur les légumes. Les besoins des opérés étant bien définis, c'est tout le foyer qui va adopter également ce type d'alimentation. Par exemple, **Aaron** et **Matthieu** ont clairement constaté la diminution des légumes lors des repas quotidiens depuis la chirurgie :

« *On mange moins de légumes. L'ensemble de la famille mange moins de légumes parce que du coup elle est tenue d'en manger un peu moins parce que c'est pas la priorité.* » (Aaron, 43 ans, cadre responsable comptable, marié depuis 16 ans, 1 enfant, conjoint d'Adeline)

« *Y a beaucoup de choses qui étaient accès sur les féculents, comme elle pouvait manger que ça, mais ça avait pris une place peut être plus importante que des légumes plus classiques. Alors que tout le temps on mangeait des légumes avant* » (Matthieu, 50 ans, cadre informatique dans la santé, marié depuis 30 ans, 2 enfants, conjoint de Magalie)

Théodore, un des rares hommes de notre échantillon qui s'occupe exclusivement de la cuisine à la maison, a du justement changer la composition des repas suite à la chirurgie, priorisant un duo féculents/légumes à tous les repas, contrairement à avant :

« *Des fois on mangeait que des légumes, que des féculents, et maintenant il faut essayer de...qu'elle mange les deux à chaque repas ou pas loin quoi.* » (Théodore, 72 ans, retraité conducteur de camions, marié depuis 42 ans, 2 enfants, conjoint de Thérésa)

L'adoption de ces nouvelles habitudes alimentaires peut même, à la longue, modifier les goûts personnels des conjoints. **Gérard** a remarqué que l'adoption régulière d'une cuisine moins salée après la chirurgie avait changé ses goûts en matière de fromage, un met qu'il apprécie tout particulièrement :

« *Elle a conservé cette habitude, limiter les graisses, y a des façons de cuisiner en mettant des ... épices au lieu de mettre trop de sel, ainsi de suite. Même à moi ça m'arrive parce que je vois, même quelques fois quand je mange un fromage je me dis "c'est pas possible, y a trop de sel !"* » (Gérard, 77 ans, retraité ingénieur aéronautique, marié depuis 57 ans, 2 enfants, conjoint de Gabrielle)

2.3.2 Les achats changent

Nous venons donc de constater que la composition des repas change. Cela peut être vu à la fois de façon positive ou négative. Mais un autre aspect redondant lors des entretiens a mis en évidence le fait que beaucoup d'opérés, mangeant moins par force, ont envie de consommer de bons produits, voire meilleurs qu'avant, comme le font **Amélia** et **Vivian** :

« Le fait de peu manger, on se fait plaisir, en tout cas moi je me fais plaisir, je mange équilibré, de tout, mais voilà, je préfère acheter une bonne viande rouge tendre, que de l'acheter en supermarché ou comme ça, en manger moins » (Amélia, 49 ans, fonctionnaire à La Poste, mariée depuis 16 ans, 1 enfant, opérée depuis 3 ans, a perdu 67 kg)

« On prend des aliments un peu plus nobles, vu qu'on les prend en plus petites quantités finalement, au niveau du budget ça nous pénalise pas. Par exemple un filet de lieu noir, on va prendre peut être du rouget, c'est plus cher, mais comme on en mange moins, du coup on peut se faire plaisir quoi. » (Vivian, 32 ans, employé SNCF, marié depuis 10 ans, 1 enfant, opéré depuis 4 mois, a perdu 20 kg)

Comme nous l'explique **Esma**, avec la reprise en main de son poids après la chirurgie, il y a un fort désir de manger de manière plus saine, comme pour prendre soin de son corps :

« Y a un truc qui a changé quand même, c'est qu'on a envie de manger plus sainement. Euh...l'explication je ne sais pas pourquoi, mais on a envie oui de manger bio, de manger bien, de...faire plus attention... » (Esma, 27 ans, sans emploi, en couple depuis 4 ans, sans enfant, opérée depuis 1 an, a perdu 51 kg)

Outre la qualité intrinsèque des produits alimentaires, le « fait maison » est également privilégié, toujours dans une optique de se nourrir plus sainement. **Deborah** a investit dans une panoplie d'appareils électroménagers afin de réaliser ses propres préparations :

« elle essaie de faire plein de choses, elle s'est acheté des robots pour faire la cuisine […] elle en fait plus que d'habitude quand même, parce que son robot, elle aime bien, pour faire ses pâtes à pizza, pour faire des... sortes de risotto, des plats en sauce, des choses comme ça, des cuissons vapeur, elle s'est acheté toute une ribambelle de produits, notamment une yaourtière, du coup elle se fait ses propres produits et c'est vrai que c'est d'autant plus sain » (Denis, 36 ans, enseignant, en couple depuis 10 ans, 2 enfants, conjoint de Déborah)

Dans un autre registre, les achats peuvent également changer en fonction des tolérances des opérés. En effet, il est nécessaire de préciser que la chirurgie entraîne une tolérance des aliments très variable selon les individus. Certains des goûts alimentaires peuvent même se modifier. **Cassandra**, qui digère la viande avec difficulté, en achète du coup nettement moins, chose que **Cédric** ressent à la maison :

« Tout ce qui est viande, ça passe moins bien après l'opération, pour elle, donc ben nous, on en pâtit aussi, donc on y a moins droit, moins souvent. » (Cédric, 51 ans, contrôleur aérien, marié depuis 21 ans, 3 enfants, conjoint de Cassandra)

2.3.3 Les quantités changent

Outre la qualité de la cuisine et des aliments à la maison, les quantités peuvent également être réduites par l'opéré qui, bien souvent, prépare le repas. Il est vrai que beaucoup sont visuellement impressionnés par les quantités que consomme leur entourage, alors qu'en réalité, ce sont des portions tout à fait standards. De ce fait, **Cassandra** a eu quelques ajustements à faire pour nourrir sa famille qui, pour le coup, restait sur sa faim :

« Au début surtout j'avais tendance à plus faire assez. Parce que je comparais par rapport à ce que moi j'allais manger, donc la soupe et puis, on passait au dessert. Et eux ils me regardaient "ben y a rien d'autre...?", et moi "ben non, ça suffit", "oui mais nous on n'est pas opérés, on a faim" (rire). Donc c'est là que j'ai dis..."ah ouais quand même", parce que j'ai eu ma période où je me disais que tout le monde mangeait trop en fait... "Ils mangent tous trop !". Donc quelque part, je voulais surement un peu les restreindre » (Cassandra, 43 ans, assistante maternelle, mariée depuis 21 ans, 3 enfants, opérée depuis 5 ans et demi, a perdu 30 kg)

Erwan a même eu la sensation de perdre quelques kilos après la chirurgie, sa compagne faisant à l'époque des quantités plus réduites :

« J'ai quand même un peu maigris à cette époque là, où je mangeais forcément moins, y avait moins de quantités à table et moins de choses grasses, moins de pain... Mais bon, ça a pas duré trop longtemps » (Erwan, 34 ans, photographe, en couple depuis 4 ans, sans enfant, conjoint d'Esma)

Consciemment ou non, les opérés qui sont responsables des repas à la maison peuvent éventuellement restreindre leur entourage. Cependant, ces phénomènes sont observés sur du court terme, dans les débuts de la chirurgie, lorsque les opérés doivent retrouver leurs repères au niveau quantitatif pour la préparation des repas.

2.3.4 Le contexte des repas change

Une des conséquences négatives possible de la chirurgie est aussi à souligner. En effet, pour beaucoup d'opérés, la digestion pendant ou après le repas est pour le moins complexe. Entre blocages de nourriture, nausées ou dégoûts, les opérés bariatriques doivent gérer le moment du repas du mieux qu'ils le peuvent. **Magalie** a eu des débuts difficiles car pendant plusieurs mois, elle n'a pas pu tolérer la moindre odeur de cuisine. De ce fait, pendant les repas, elle était souvent prise de malaises et nausées, l'obligeant à quitter la table précocement en laissant derrière elle son mari et leur fille à table :

*« Moi je pouvais pas. Assez souvent quand on mangeait, moi j'avais mangé, je quittais la table parce que les odeurs je pouvais pas...donc je sortais de table, il (son mari) mangeait souvent seul avec *** (sa fille). Forcément moi j'allais un peu plus vite qu'eux et ... puis même les odeurs de cuisine me dégoutaient. »* (Magalie, 45 ans, employée de mairie, mariée depuis 30 ans, 2 enfants, opérée depuis 1 an et demi, a perdu 50 kg)

Étant un peu frustré de rester souvent seul à table, **Matthieu** décide donc de changer le contexte du repas pour permettre à **Magalie** de ne plus s'isoler. Par conséquent, la famille mange de plus en plus le repas au salon, afin que **Magalie** puisse s'allonger à côté d'eux lorsqu'elle ne se sent pas bien :

« En se mettant sur le canapé, une petite table, elle se mettait un peu plus loin, moi je pouvais continuer à manger c'était pas gênant et on n'avait pas ce sentiment d'isolement. Mais c'est vrai que du coup c'est souvent comme ça qu'on mange » (Matthieu, 50 ans, cadre informatique dans la santé, marié depuis 30 ans, 2 enfants, conjoint de Magalie)

Également, après la chirurgie, l'opéré se doit de manger à heures régulières. De ce fait, et lorsque les heures de repas sont habituellement aléatoires, le conjoint doit lui aussi se plier à des rythmes plus réguliers pour continuer à partager le repas :

« Depuis l'intervention, c'est sûr que les horaires de repas sont plus...stricts, voilà, on essaie de les respecter un peu plus. » (Raymond, 58 ans, commercial, marié depuis 33 ans, 1 enfant, conjoint de Rachel)

Dans l'ensemble, et que ce soit par choix ou obligation, tout le foyer se met à manger plus sainement après une chirurgie bariatrique, l'opéré étant contraint d'adopter un nouveau modèle alimentaire pour la réussite future en termes de poids. Cependant, d'autres nouvelles habitudes apparaissent et ne sont pas aussi saines.

2.4 L'adoption de nouvelles habitudes…pas si saines !

Il est vrai que tous les changements liés à la chirurgie ne sont pas aussi bénéfiques pour l'alimentation des conjoints. En effet, il a été constaté que ces derniers peuvent aussi être amenés à manger plus qu'à l'accoutumée.

2.4.1 Les repas exceptionnels

Nous avons vu qu'il existait deux types de commensalité : le repas quotidien familial du soir et le repas un peu plus exceptionnel, de fête. C'est pour ce deuxième type de commensalité que les effets de la chirurgie peuvent encourager les conjoints à manger en plus grande quantité.

Après une chirurgie bariatrique, les repas au restaurant sont marqués par de grands changements. En effet, l'opéré, qui ne peut manger que de très petites quantités, est contraint de ne pas pouvoir finir son plat. Beaucoup d'interrogés me rapportent que même en choisissant un plat unique à la carte, il n'est pas garanti qu'ils le terminent. De ce fait, la plupart de leurs conjoints me rapportent qu'ils finissent leurs restes, comme cela est expliqué dans l'étude de Madan et *al*. (2005).

Comme nous l'expliquent **Denis** et **Florent**, le fait de ne pas finir son plat au restaurant amène une justification constante auprès des restaurateurs, parce que rapporter plus de la moitié d'un plat en cuisine, « ça ne se fait pas » :

« *Au restaurant c'est un peu compliqué parce qu'au restaurant malheureusement c'est un plat et elle ne va pas prendre de dessert, puisqu'elle est incapable de finir son plat, ça c'est clair et net. Du coup, je suis pas obligé de le terminer mais ça m'embête de ramener au moins les 2/3 à la cuisine, c'est pas très bien, du coup j'ai tendance un peu à finir le plat* » (Denis, 36 ans, enseignant, en couple depuis 10 ans, 2 enfants, conjoint de Déborah)

« *Mon travail fait que je suis beaucoup amené à manger à l'extérieur, au restaurant. Et chaque fois je suis très très embêté parce que je l'explique aux gens qui connaissent pas, mais les restaurants "ah mais vous avez pas aimé ?", mais non, "je peux pas finir", et même si je prends qu'un plat ou autre chose, je peux pas finir, je préviens tout le monde d'abord […] ça paraît tout bête ce genre de détails mais c'est des choses qui pourrissent la vie ça. Non mais vraiment je vous assure. Une fois de temps en temps ça va. Mais quand vous êtes amené à expliquer à chaque fois* » (Florent, 52 ans, expert en assurance, marié depuis 30 ans, sans enfant, opéré depuis 2 ans, a perdu 30 kg)

Éric a vite compris qu'il fallait passer au-delà de ce problème et ne pas avoir honte de laisser un peu du plat revenir en cuisine :

« *Après y avait aussi le problème au restaurant de dire "ben finis mon assiette parce que bon ça va pas être bien vu", donc c'est vrai que le conjoint parfois peut avoir ce défaut, de finir l'assiette de l'autre (rire). Donc ça aussi, c'est un problème qu'il faut gérer avec le temps, on est arrivés à le gérer et à faire comprendre aux personnes qu'elle pouvait pas finir l'assiette et de laisser. C'était pas au conjoint de terminer l'assiette* » (Éric, 60 ans, retraité finance, marié depuis 36 ans, 3 enfants, conjoint d'Émilie)

Au début de son opération, **Flora** mangeait d'aussi petites quantités que sa fille, qui elle aussi consommait des petits pots à ce moment là. De ce fait, les repas à l'extérieur étaient facilités car elle pouvait manger dans le même pot que sa fille sans que cela ne se fasse remarquer :

« *l'avantage c'est que à cette époque là, j'avais aussi la petite qui mangeait des petits pots, donc...au final, on mangeait la même chose […] Et puis même à l'extérieur, c'était plus facile à gérer, parce que du coup le fait d'avoir un bébé, je mangeais la même chose qu'elle, donc soit je mettais dans le même petit pot et je mangeais en même temps qu'elle, et du coup ça passait plus inaperçu* » (Flora, 33 ans, télé opératrice, en couple depuis 8 ans, 3 enfants, opérée depuis 1 an et demi, a perdu 43 kg)

D'autres, comme **Patricia**, usent de l'astuce du *Doggy bag* afin de rapporter leurs restes chez eux. Cependant, il faut savoir que tous les restaurateurs n'offrent pas cette possibilité :

« *C'est vrai du coup le resto j'évitais et maintenant bon...après je demande si j'ai pas fini, si vraiment il en reste beaucoup, je demande un doggy bag et puis voilà.* » (Patricia, 35 ans, câbleuse, en couple depuis 5 ans, sans enfant, opérée depuis 1 an, a perdu 10 kg)

Mais au-delà de cette gêne de retourner un plat en cuisine, certains conjoints sont simplement victimes de gourmandise :

« *On va au restaurant le vendredi soir en général, tous les vendredi soirs on va au resto. Et là elle commande comme si elle mangeait comme avant. Si on a un repas, elle va prendre les 2 ou 3 plats, entrée/plat/dessert, sauf qu'elle va manger un quart de l'entrée...et tout le reste elle le mange pas...voilà alors, moi, forcément je dis rien...si ça lui fait plaisir de commander, elle commande quoi, voilà. Alors des fois je suis un peu tenté à goûter son plat (rire),* » (Gauthier, 49 ans, militaire, marié depuis 24 ans, 2 enfants, conjoint de Gina)

« *Et l'autre jour c'est pareil, tournedos, je peux pas le manger entier, juste la moitié. Alors il l'a finit. Je lui ai dis "tu sais, t'es pas obligé de le finir, on peut le garder pour ce soir", "non, vas y donne !", il est gourmand.* » (Monica, 54 ans, réformée contrôleuse dans les trains, en couple depuis 8 ans, sans enfant, opérée depuis 3 mois, a perdu 11 kg)

Mis à part ces repas un peu plus festifs, d'autres me rapportent que, voyant l'opéré faire ses collations pendant la journée (certains d'entre eux doivent fractionner leur alimentation sur la journée afin d'avoir un maximum d'apports) leur donne aussi envie de faire de même. C'est le cas de **François** :

« Parce que des fois si je suis devant la télé, elle se fait un bol de céréales, ou des fois, elle se fait carrément un plat, pas un plat complet mais...je veux dire des crêpes au fromage, des fois elle en a envie, elle se fait des trucs comme ça. Si je suis devant la télé avec elle, c'est un peu dur pour moi. Donc généralement je me prends un bol de céréales, quelque chose comme ça. » (François, 33 ans, sans emploi, en couple depuis 8 ans, 3 enfants, conjoint de Flora)

2.4.2 Manger par procuration

Nous avons vu que dans certains cas, si ce sont les opérés qui cuisinent, ils peuvent être amenés à restreindre les quantités cuisinées à la maison, soit inconsciemment par perte de repères, soit consciemment par dégoût des quantités jugées trop importantes. Cependant, un autre cas de figure inverse a pu être observé. Par exemple, **Esma**, en perte de repères, est effrayée à l'idée de restreindre **Erwan** et le ressert donc plusieurs fois :

« Moi c'est ma crainte ça de le restreindre en fait. Et donc du coup, il y eu des fois où par exemple je servais dans les assiettes, et je me disais "mais, t'en n'as pas assez", alors je rajoutais, je rajoutais, j'avais peur en fait, vu que moi la quantité elle avait tellement diminué, j'arrivais plus à savoir la quantité normale, pour un homme normal quoi. » (Esma, 27 ans, sans emploi, en couple depuis 4 ans, sans enfant, opérée depuis 1 an, a perdu 51 kg)

Mais d'autres sont vraiment dans une logique de nourrir l'autre de tout ce qu'ils ne peuvent consommer, soit par plaisir, comme **Florent** l'a fait sur **Fanny**, soit par « vengeance », comme **Rachel** :

« Il me fait manger par procuration ce qu'il voudrait en fait ! Mais moi je peux pas, il dit tout le temps "Fanny finira !", mais je dis "quoi ?", mais moi je peux pas finir ton assiette. Alors non, non, non. » (Fanny, 53 ans, auxiliaire de vie sociale, mariée depuis 30 ans, sans enfant, conjointe de Florent)

« Et là, alors il s'est passé quelque chose, j'ai pas honte de le dire même si ça peut paraître ridicule ! (rire) Euh... je crois que j'ai fait payer aux autres mon...mon surpoids. Ils ont été gavés, j'ai jamais passé autant de temps dans la cuisine, comme disait mon frère "arrête de nous faire à manger, on ne peut plus !", je crois que quelque part c'était une revanche que j'ai prise, j'ai beaucoup cuisiné, mon mari était très content » (Rachel, 58 ans, retraitée cadre de soin, mariée depuis 33 ans, 1 enfant, opérée depuis 5 mois, a perdu 31 kg)

C’est un fait, si l’alimentation de l’opéré change, c’est celle de tout son foyer qui fait de même. Nous retrouvons la théorie du système de Von Bertalanffy (1968) qui postule que si un élément du système change, c’est tout le système qui en est perturbé. Ces changements peuvent être impulsés, certes, dans une optique de soutien conjugal et d’occasion propice, mais également par force, d’autant plus si l’opéré est le *gatekeeper* de l’alimentation. De plus, ces habitudes ne sont pas bénéfiques pour la totalité lorsque les conjoints se mettent à terminer ce qui n’est plus consommé par l’opéré.

Revenons maintenant sur un aspect peu abordé ici, la répartition des rôles conjugaux autour des tâches culinaires. Il est vrai que nous avons précisé que la plupart des opérés étant des femmes, ce sont elles qui effectuent ces tâches à la maison. Mais après la chirurgie qu’en est-il ?

3. Troisième hypothèse : Réorganisation des rôles conjugaux dans les tâches culinaires

Cette troisième hypothèse pose le fait que, par une dynamique de soutien conjugal mais avant tout par force, une réorganisation des rôles conjugaux doit avoir lieu dans la cuisine lors des débuts après l’opération vis-à-vis des effets indésirables possibles de la chirurgie. D’une part les conjoints peuvent être amenés à effectuer un plus grand nombre de tâches culinaires, l’opéré en étant incapable. D’autre part, les opérés eux-mêmes anticipent ce changement et s’organisent afin de laisser un minimum de surcharge à leurs conjoints. L’hypothèse est formulée de la façon suivante :

Une réorganisation des rôles conjugaux dans les tâches culinaires est imposée, au moins durant les premiers mois après la chirurgie :

- **Sous-hypothèse 1** : Les désagréments physiques des opérés conduisent les conjoints à assurer plus de tâches culinaires qu’avant l’opération ;
- **Sous-hypothèse 2** : Les opérés anticipent les désagréments physiques de l’opération et mettent en place des stratégies pour éviter une surcharge des conjoints.

Nous l’avons vu, les débuts de la chirurgie peuvent être difficiles à vivre pour les opérés, entre douleurs, fatigue et autres effets indésirables. Postulant que la majorité des opérés bariatriques en France sont des femmes et que ce sont elles qui tendent à effectuer les

tâches culinaires à la maison (Enquête emploi du temps : Ricroch, 2012), comment peuvent-elles gérer cela au retour de la chirurgie ?

3.1 Un conjoint qui doit prendre le relais

Magalie n'a pas eu le choix, nous l'avons déjà dit, cette dernière n'a pas supporté les odeurs de cuisine pendant plusieurs mois, l'empêchant d'assurer les tâches culinaires comme elle en avait l'habitude. De ce fait, il a fallu que **Matthieu** prenne le relais et apprenne à faire ce travail :

« Moi j'ai pas pu re-cuisiner pendant 4 mois, j'ai pas pu mettre du tout les pieds dans la cuisine, les odeurs de cuisine c'était pas possible […] Donc voilà il a fallu qu'il prenne le relais et voilà, il s'est jamais plaint ! » (Magalie, 45 ans, employée de mairie, mariée depuis 30 ans, 2 enfants, opérée depuis 1 an et demi, a perdu 50 kg)

Cependant, et selon lui, cela s'est fait naturellement et sans contrainte, remplissant un devoir familial presque normal à ses yeux :

« C'est vrai que après la chirurgie, avec la fatigue de l'opération, c'est pas facile de composer le repas, donc oui c'est moi qui fais le jambon purée (rire). Mais oui, la pomme de terre vapeur écrasée, j'ai souvent été au poste de cuisine […] J'ai du le faire, il fallait bien que je le fasse mais c'est vrai que cuire, même encore, faire cuire un morceau de viande ça la gêne, l'odeur de la viande grillée va la gêner. Donc ben voilà...Après ça reste des choses simples, sans problème (rire) [...] ça s'est fait naturellement, je sais pas j'ai pas...j'ai pas vécu ça comme une contrainte » (Matthieu, 50 ans, cadre informatique dans la santé, marié depuis 30 ans, 2 enfants, conjoint de Magalie)

Ce cas n'est pas isolé car quasi systématiquement, les quelques semaines après l'opération sont marquées par une grande fatigue :

« Quand je suis rentrée, j'étais très très fatiguée donc du coup, j'ai fais du lit pendant...ouais pendant une bonne semaine et c'est le mari qui a pris en charge les repas, c'est lui qui me faisait ma petite purée. Bon, ils ont été aux petits soins pour moi. » (Gina, 46 ans, professeure en lycée, mariée depuis 24 ans, 2 enfants, opérée depuis 6 mois, a perdu 30 kg)

Alors si pour beaucoup ce relais n'est pas pris comme une contrainte, pour **Fanny** cela a été plus difficile du fait de ses horaires de travail. De plus, et ayant l'habitude de « mettre les pieds sous la table » en rentrant, ces nouvelles habitudes ont été compliquées à assimiler, d'autant plus que **Florent** a vécu plusieurs semaines très difficiles :

« Ça a été difficile parce que déjà, je travaillais de nuit, même maintenant. J'arrivais, sinon je me mets les pieds sous la table en général, j'ai cette chance. Là c'était pas le cas, fallait que je fasse tout, les courses... » (Fanny, 53 ans, auxiliaire de vie sociale, mariée depuis 30 ans, sans enfant, conjointe de Florent)

Mais au-delà des tâches culinaires, il est important de préciser que le soutien conjugal va bien plus loin, et plus largement concernant les tâches domestiques et familiales :
« Quand moi j'ai été hospitalisé, c'est vrai que ça a permis de...qu'elle s'occupe de la petite, ça fait un souci en moins à gérer » (Vivian, 32 ans, employé SNCF, marié depuis 10 ans, 1 enfant, opéré depuis 4 mois, a perdu 20 kg)

« Mon mari a été très présent. Je m'attendais pas à ça, parce que comme il avait été réfractaire au départ, je m'attendais pas à avoir ce soutien là, après. Mais je l'ai vraiment eu. J'ai eu tout le soutien dont j'avais besoin, pour assurer le quotidien à la maison, pour assurer le quotidien des enfants, des courses, le quotidien de tout ça sur le premier mois » (Gina, 46 ans, professeure en lycée, mariée depuis 24 ans, 2 enfants, opérée depuis 6 mois, a perdu 30 kg)

Le soutien des conjoints pour assurer tous ces rôles évite donc une énorme charge mentale à l'opéré, celui-ci étant déjà dans une optique de récupérer de la chirurgie. Cependant, beaucoup d'entre eux prennent leurs dispositions avant cet évènement pour éviter un maximum de charge à leurs conjoints.

3.2 Des stratégies mises en place pour éviter une surcharge du conjoint

Rachel avait anticipé le fait qu'elle aurait probablement de grosses fatigues après la chirurgie. Par conséquent, cette dernière avait pris ses dispositions en préparant des plats congelés :
« Mais il y a vraiment des moments où je dis à mon mari, "je peux plus, il faut que je m'allonge", donc il vaut mieux, j'ai anticipé, au congélateur, j'ai des petites barquettes avec des repas prêts » (Rachel, 58 ans, retraitée cadre de soin, mariée depuis 33 ans, 1 enfant, opérée depuis 5 mois, a perdu 31 kg)

François me le dit sans retenue, il ne sait pas et n'aime pas cuisiner. Dans les débuts de l'opération, lorsqu'il doit prendre le relais pour ces tâches là, **Flora** comprend bien qu'elle

ne peut en exiger trop et lui demande de faire des choses vraiment très simples, pour lui éviter un maximum de soucis :

« Après c'est vrai que pour faire le repas c'est un peu dur parce que moi j'aime pas ça, je sais pas faire le repas, il y a quelques fois où elle me disait "ben fais juste des pâtes", alors j'en faisais. » (François, 33 ans, sans emploi, en couple depuis 8 ans, 3 enfants, conjoint de Flora)

Dans les premiers temps de la chirurgie, il y a bien une réorganisation des rôles conjugaux dans les tâches culinaires. Les conjoints, pour la plupart peu habitués à cuisiner, doivent prendre le relais. Dans ce cas, les plats préparés sont plutôt simples. Pour éviter une grosse charge mentale à leurs conjoints, certains opérés en viennent même à anticiper cette réorganisation en cuisinant à l'avance des repas.

Cependant, un autre cas de figure s'est présenté à nous durant les entretiens. En effet, sur le long terme, beaucoup des opérés trouvent ou retrouvent un désir de cuisiner, plus qu'auparavant pour la plupart.

3.3 Un désir de cuisiner exacerbé chez les opérés

Nous avons déjà cité le fait qu'après la chirurgie, les quantités ingérées étant diminuées, les opérés veulent se nourrir de bons produits. Beaucoup me décrivent une évolution de « gourmand » à « gourmet » :

« Moi, personnellement c'est de passer d'un truc de quantité et tout ça, à plutôt un truc qualitatif, c'est à dire que j'ai transformé ma gourmandise gargantuesque en plutôt fin palais, voilà. Le travail il a été là. » (Marc, 45 ans, invalidité, marié depuis 12 ans, sans enfant, opéré depuis 2 ans, a perdu 120 kg)

Conséquemment, dans une optique de préparer de bons plats, la cuisine devient un élément important dans la vie de l'opéré. **Rachel** n'était pas une cuisinière auparavant, elle m'explique qu'elle était plutôt abonnée aux repas industriels congelés. Mais depuis l'opération, elle retrouve une envie de manger mieux :

« Je n'ai jamais autant cuisiné depuis que j'ai été opérée ! (rire) Et puis avec voilà, maintenant je vais de plus en plus en cuisine, je fais plus raffiné, diversifié, j'essaie, je n'avais jamais fait de pâtisseries de ma vie, enfin une fois mais c'était infâme ! Euh ben puis non voilà...mon mari aime manger de la brioche au petit-déjeuner, c'est moi qui lui fais ses brioches, voilà. Je ... je cuisine et puis...je vais beaucoup sur internet, pour moi ça paraît peut être normal pour une femme qui

cuisine mais moi...je varie, je test, je fais énormément de plats. » (Rachel, 58 ans, retraitée cadre de soin, mariée depuis 33 ans, 1 enfant, opérée depuis 5 mois, a perdu 31 kg)

Cette frénésie de bons plats convient évidemment parfaitement à son mari **Raymond** :

« *Et là depuis l'opération, non, non, elle prend vraiment plaisir, et puis je découvre certains plats, et puis elle s'est mise à faire des choses qu'elle ne faisait pas du tout avant, de la pâtisserie (rire), elle s'est mise à la pâtisserie, et moi j'en profite !* » (Raymond, 58 ans, commercial, marié depuis 33 ans, 1 enfant, conjoint de Rachel)

Quant à **Esma**, elle exprime une envie de retour au partage de la nourriture depuis la chirurgie, ayant envie de faire plaisir à tout son entourage :

« *Je suis quelqu'un d'assez généreuse donc, des fois je fais des choses, je sais que moi je vais pas les apprécier mais je les fais pour lui, je fais des gâteaux, des cookies, des machins, par exemple les cookies, j'en ai fait beaucoup, j'en ai mangé un, un et demi, j'ai partagé, j'ai donné aux gens, ça aussi, ce côté de générosité avec l'alimentation on le retrouve de donner au copain, d'apporter une assiette aux voisins.* » (Esma, 27 ans, sans emploi, en couple depuis 4 ans, sans enfant, opérée depuis 1 an, a perdu 51 kg)

Cette troisième hypothèse se vérifie donc, une réorganisation des rôles culinaires s'opérant au sein du couple après la chirurgie. Cependant, ce phénomène se produit seulement dans les premiers temps après l'opération, lorsque le contrecoup se fait ressentir. Dans certains cas en revanche, ces effets néfastes peuvent se prolonger sur plusieurs mois, la réorganisation se prolongeant donc. Mais sur le plus long terme, nous observons un effet inverse lorsque l'opéré lui-même découvre ou redécouvre un goût de cuisiner et préparer. Cela peut donc aussi être une forme de réorganisation des rôles si l'opéré n'était auparavant pas dans ce désir là.

Les hypothèses présentées jusque là font appel à un soutien conjugal de la part du conjoint de l'opéré. Mais il faut tout de même savoir que dans une dynamique de soutien, l'opéré peut lui-même faire des efforts afin que son entourage ne soit pas pénalisé par ses propres changements alimentaires.

4. Quatrième hypothèse : la chirurgie est un projet personnel avant tout

Cette quatrième et dernière hypothèse postule que les opérés considèrent la chirurgie bariatrique comme un projet très personnel qui leur est propre. De ce fait, ils ne désirent pas que cela influence trop l'alimentation de tout le foyer au moment des repas.

L'hypothèse est formulée de la façon suivante :

Le projet de chirurgie étant très personnel aux yeux des opérés, ces derniers font un maximum d'efforts afin de changer le moins possible les habitudes alimentaires du foyer :

- **Sous-hypothèse 1** : Du fait de ce soutien conjugal de la part de l'opéré lui-même au moment des repas, le conjoint ressent peu, voire pas du tout de changement des habitudes alimentaires familiales ;
- **Sous-hypothèse 2** : Les habitudes alimentaires familiales restant presque inchangées, l'opéré peut en pâtir pour sa propre observance diététique.

Nous l'avons vu à travers les différents résultats, l'alimentation de tout l'entourage des opérés est amenée à changer après l'opération. Cependant, malgré cela, nous allons voir que l'opéré essaie au maximum de ne pas pénaliser sa famille concernant l'alimentation.

4.1 Ils ne se sont pas faits opérés eux !

La chirurgie est vraiment vécue comme un projet tout à fait personnel aux yeux des opérés. Pour en témoigner, **Gina** n'a pas parlé de son projet de chirurgie à **Gauthier**. Ce dernier a appris la nouvelle un à deux mois avant l'opération. Sans mauvaises intentions, elle considérait seulement que ce projet lui était propre :

« *Il ne m'a accompagné à aucun des rendez vous, ni psycho, ni diet, etc. […] c'était vraiment un cheminement personnel aussi que je devais faire moi* » (Gina, 46 ans, professeure en lycée, mariée depuis 24 ans, 2 enfants, opérée depuis 6 mois, a perdu 30 kg)

Par la suite, étant responsable de la cuisine, elle a tout naturellement changé le moins possible les habitudes alimentaires du foyer. Et puis selon elle, si trop de changement se fait ressentir, son mari et ses enfants ne se gênent pas pour lui signaler :

« Je les ai pas tous frustrés (rire), faut pas pousser non plus, c'est moi qui me suis fait opérer, pas eux. Et puis ils savent me le dire hein... si y a un truc qui leur convient pas, ils savent me le dire. » (Gina, 46 ans, professeure en lycée, mariée depuis 24 ans, 2 enfants, opérée depuis 6 mois, a perdu 30 kg)

En effet, du côté de la plupart des conjoints, comme **Aaron**, il n'y pas de changement majeur dans l'alimentation qui s'est fait ressentir. Il m'informe même que c'est plutôt sa compagne opérée qui s'adapte à leur alimentation :

« À la maison, y a pas un menu particulier pour elle, elle s'adapte, donc elle va en prendre plus ou moins, quelques fois, si elle voit que c'est quelque chose qui est manifestement trop gras, elle va en prendre très peu, mais elle va manger comme tout le monde. Donc ça ne change pas nos repas » (Aaron, 43 ans, cadre responsable comptable, marié depuis 16 ans, 1 enfant, conjoint d'Adeline)

Adeline s'efforce même de se cuisiner un autre plat pour elle, sachant qu'elle sait que celui de son mari et de son fils sera trop difficile à digérer :

« Certaines fois où je mange pas la même chose qu'eux parce que c'est un aliment qui n'est pas plus adapté que ça, et si c'est pour après, avoir des problèmes pour digérer pendant une heure, mais j'estime qu'ils n'ont pas à ne pas manger tout ce qu'ils ont envie de manger » (Adeline, 42 ans, responsable des ventes en magasin, mariée depuis 16 ans, 1 enfant, opérée depuis 1 an, a perdu 55 kg)

Amélia n'a par exemple pas changé ses achats. Car même si elle doit se priver de beaucoup d'aliments trop gras ou caloriques, elle ne veut en aucun cas pénaliser son fils :

« J'achète du Nutella, des pains au lait, des gâteaux, c'est pas parce que moi je n'en prends pas, que je dois le priver lui, lui il n'est pas au régime. C'est comme les chips, j'en mange pas mais j'en achète pour lui, voilà. » (Amélia, 49 ans, fonctionnaire à La Poste, mariée depuis 16 ans, 1 enfant, opérée depuis 3 ans, a perdu 67 kg)

Pas mal de stratégies sont donc mises en place par les opérés pour éviter au maximum que la famille ressente du changement au niveau de l'alimentation. Il est vrai que quelques changements s'opèrent dans les habitudes alimentaires des conjoints, certains mangent moins, d'autres mangent mieux. Mais pour la majorité, aucun ne déclare une réelle révolution alimentaire à la maison. Même si certains détails changent, les fondements de l'alimentation restent intacts, d'autant plus par rapport au fait que beaucoup d'opérés cuisinaient déjà de façon équilibrée avant l'opération selon eux, étant habitués aux régimes

diététiques. Ce phénomène est accentué lorsque de jeunes enfants sont présents dans le foyer, le désir d'une alimentation saine et variée primant :

« *J'avais gardé plus ou moins ces habitudes, qu'on m'avait expliquées, rabâchées, les protéines, les féculents, les légumes, donc ça allait à peu près... […] Et puis il fallait aussi que pour mon fils, ça ne soit pas complètement déséquilibré donc oui, c'était des repas équilibrés* » (Adeline, 42 ans, responsable des ventes en magasin, mariée depuis 16 ans, 1 enfant, opérée depuis 1 an, a perdu 55 kg)

Cependant, cette absence de changement peut aussi pénaliser l'opéré, le conduisant à ne pas respecter ses recommandations diététiques postopératoires.

4.2 Les habitudes ne changent pas et cela me pénalise

L'opéré peut pâtir du manque de changement alimentaire au sein de sa famille. Ces conséquences doivent être vues de deux façons bien différentes. D'une part dans les débuts après l'opération et d'autre part, un peu plus à distance de celle-ci, lorsque les limites physiques de l'estomac se réduisent.

4.2.1 Les débuts après l'opération

Nous l'avons vu, beaucoup d'opérés ne pensent pas à eux lorsqu'ils préparent le repas. C'est le cas de **Béatrice**, qui pense avant tout à son mari et ce qu'il aime, comme si elle n'était pas opérée :

« *Quand je fais le repas, je pense pas forcément à moi, je me dis "tiens on pourrait manger ça", mais je pense à nous deux surtout, je vais pas dire "tiens je vais faire ça parce que je vais pouvoir en manger", ça me vient pas à l'idée. Des fois c'est pas malin parce que je pourrais effectivement* » (Béatrice, 70 ans, retraitée enseignante, mariée depuis 50 ans, 2 enfants, opérée depuis 3 mois, a perdu 8 kg)

Cara, quant à elle, habituée à manger rapidement par le passé, est pénalisée par son conjoint qui lui continue de manger à un rythme effréné. En effet, pour leur assurer une bonne digestion et tolérance des aliments, les opérés doivent manger lentement en mastiquant bien :

« *Lui il mange vite, des fois je commence à manger, il est là je lui dis "mais arrête", il me stresse, "tu manges trop vite", et il me dit "mais tu manges à ton rythme"... […] donc j'aurais tendance à*

manger vite » (Cara, 56 ans, coiffeuse et formatrice, en couple depuis 3 ans, 3 enfants, opérée depuis 1 an, a perdu 15 kg)

Pour **Rachel**, qui est bien consciente des efforts de son mari, la tentation réside plutôt dans le fait que celui-ci est habitué à manger beaucoup de fromage, qu'elle apprécie elle-aussi grandement. Cependant, après l'opération, il est nécessaire de maintenir la perte de poids en mangeant de façon équilibrée. Le fromage n'est donc bien sûr pas conseillé en grande quantité à tous les repas :

« Alors bon là où il peut être, qu'il est plutôt le tentateur c'est par exemple le fromage, son père travaillait, il était laitier donc depuis son enfance lui il n'a pas un repas sans fromage et sans plusieurs fromages, il n'a pas de problèmes de poids, mais bon j'adore le fromage et ça...voilà, c'est un petit peu tentant. Et je n'arrive pas pour l'instant à lui dire "tu te sers en fromage dans la cuisine, mais tu n'amène pas le plateau de fromage"» (Rachel, 58 ans, retraitée cadre de soin, mariée depuis 33 ans, 1 enfant, opérée depuis 5 mois, a perdu 31 kg)

Il n'est donc pas rare que certains opérés puissent pâtir de la persistance des habitudes alimentaires de leurs conjoints. Nous pourrions croire qu'il s'agit simplement de quelques ajustements dans les débuts de l'opération, le temps que chacun des membres du couple s'habitue à l'alimentation de l'autre. Cependant, cela ne se vérifie pas forcément sur le plus long terme.

4.2.2 Plusieurs années après l'opération

Quelques opérés de notre échantillon ont une certaine ancienneté de l'opération. Mis à part **Gabrielle**, opérée depuis 9 ans, qui a un peu lâché prise, privilégiant à son âge le plaisir alimentaire, **Émilie** et **Cassandra** sont à plus de 4 ans postopératoires. Ces dernières nous rapportent clairement une césure entre les débuts après la chirurgie et le long terme. En effet, à distance de l'opération, la restriction alimentaire mécanique par l'estomac se fait de moins en moins ressentir. Tous me rapportent que le principal, c'est « d'écouter » son corps, son estomac. Mais avec le temps, ces signaux se font de plus en plus discrets :

« Alors le problème qu'on a c'est qu'au début on écoute son petit estomac, parce qu'il faut faire attention à lui. Et après, ben on l'oublie » (Émilie, 57 ans, retraitée secrétaire, mariée depuis 36 ans, 3 enfants, opérée depuis 4 ans et demi, a perdu 30 kg)

« Ce qui est dur, c'est les repas aussi, les repas d'anniversaire, ou Noël, ou des trucs comme ça, bon là c'est pareil... y a l'envie... Alors tant que j'étais bridée par la douleur...bon voilà de toute façon

même si j'avais envie je pouvais pas...Maintenant si j'ai envie, j'essaie...ouais...et ça passe quand même... » (Cassandra, 43 ans, assistante maternelle, mariée depuis 21 ans, 3 enfants, opérée depuis 5 ans et demi, a perdu 30 kg)

Cette limite mécanique s'estompant, les repas de famille deviennent un réel lieu de tentations et de possibles transgressions au nouveau régime alimentaire. **Cassandra** remarque par exemple qu'un repas de famille devient compliqué lorsque plusieurs plats sont sur la table. En effet, avec l'ancienneté de l'opération, elle est capable de manger plus en quantité, et se restreint beaucoup moins qu'avant :

« *Là par contre, où ça me gêne d'être en famille, c'est de manger avec eux... ça c'est dur. […] manger avec eux, entrée, plat, dessert...du jour où j'ai remangé un petit peu d'entrée, je crois que là, j'ai commencé à remanger un petit peu plus. Puis au fur et à mesure du temps c'était un petit peu moins de plat pour manger du dessert, mais après c'était du plat et du dessert. Et quand on est tous en famille, si je fais une entrée, ça va être un petit peu d'entrée, un peu de plat, un peu de dessert, plus une bouchée de pain, machin, et finalement ça fait plus […] ou des fois quand on n'a pas le temps, ils sont encore plus stressés, je trouve que ça crée, inconsciemment, de les voir manger plus vite, ça me fait manger plus vite aussi, le fait de les voir débarrasser, donc hop, je finis ma dernière bouchée, pfffff... Des fois je dis "mais c'est bon quoi...", je sors, je suis pas bien. Y a des fois, j'aimerais bien manger toute seule...* » (Cassandra, 43 ans, assistante maternelle, mariée depuis 21 ans, 3 enfants, opérée depuis 5 ans et demi, a perdu 30 kg)

Nous avons donc vu à travers cette quatrième et dernière hypothèse que le soutien peut venir de l'opéré lorsque celui-ci décide volontairement de s'adapter à l'alimentation de sa famille et non l'inverse. Sur le court terme, les opérés sont tellement heureux de perdre du poids qu'ils arrivent sûrement à surmonter la difficulté. Mais quand la limite physique de l'opération s'atténue et que les envies ressurgissent, les opérés doivent lutter pour maintenir une stabilisation de leur poids. En effet, pour **Émilie** et **Cassandra** par exemple, une légère reprise de poids a fait son apparition quelques années après la chirurgie, leur démontrant qu'elles avaient besoin d'un suivi toute leur vie afin de ne jamais relâcher les efforts.

Nous l'avons vu à travers l'analyse descriptive de ces résultats, les dynamiques de soutien conjugal sont bien présentes après une chirurgie bariatrique, qu'elles viennent des conjoints ou des opérés eux-mêmes. La commensalité peut avoir des effets tout à fait

ambivalents après la chirurgie. Pour les **aspects négatifs**, les conjoints peuvent surveiller d'un peu trop près l'alimentation de l'opéré. Également, les opérés eux-mêmes peuvent pâtir du manque de changement des habitudes alimentaires à la maison. Dans certains cas même, les conjoints peuvent prendre de mauvaises habitudes de consommation en finissant par exemple les restes de l'opéré. Pour les **aspects positifs**, la chirurgie peut amener tout le foyer à manger plus sainement et à se serrer les coudes pour coller aux recommandations diététiques.

Les résultats de l'étude probatoire étant maintenant exposés, il est nécessaire désormais de les appliquer concrètement à travers la création d'un outil utile à l'amélioration du vécu quotidien des opérés et de leur entourage.

TROISIÈME PARTIE :

DISCUSSION AUTOUR DES RÉSULTATS ET APPLICATION CONCRÈTE

Après avoir analysé les résultats obtenus grâce à la phase probatoire, il n'est désormais plus à prouver qu'après une chirurgie bariatrique, les habitudes alimentaires de l'opéré et de son entourage sont modifiées. Les opérés ainsi que leurs conjoints en viennent à mettre en place différentes stratégies pour adapter leur nouveau quotidien alimentaire. Ces stratégies, qu'elles soient conscientes ou totalement impensées, sont tantôt bénéfiques pour toute la famille, et tantôt délétères pour certains. Mais c'est par essais et erreurs que le foyer familial va doucement s'habituer à un nouveau quotidien. La question ici a donc été de savoir comment ces opérés et leur entourage pourraient être aidés et accompagnés dans cette adaptation. C'est tout l'objet de cette dernière partie qui, par une discussion autour des résultats, va aboutir à la création d'un outil concret à mettre en place.

Chapitre 6 :

L'adaptation au cœur du quotidien des opérés

Les quatre hypothèses présentées dans la partie précédente nous offrent un bel état des lieux du sujet de la commensalité conjugale après une chirurgie bariatrique. Les dynamiques de soutien dans le couple sont multiples et peuvent venir autant des conjoints que des opérés. Il est maintenant nécessaire de faire des ponts entre les apports théoriques précédemment cités et les résultats de l'étude autour d'une discussion et d'une argumentation nous aidant à faire le lien vers l'application de ces connaissances théoriques à un outil concret de prise en charge des patients.

1. Discussion autour des résultats obtenus

Dans les premiers temps de la chirurgie, les conjoints deviennent les aidants informels des opérés. En effet, ils prennent le relais dans les activités quotidiennes de la vie que l'opéré ne peut plus assurer (cuisine, ménage, éducation). L'étude d'Andrieu et Grand démontre que l'aidant informel est responsable du patient concernant sa prescription, son observance et sa surveillance. Cette étude montre ce phénomène avec les personnes âgées dépendantes (Andrieu et Grand, 2002). Cependant, nous pouvons trouver des similitudes avec la chirurgie bariatrique lorsque le conjoint veille sur l'alimentation et l'observance diététique de l'opéré, avec peut être parfois une légère hyper vigilance teintée d'inquiétude.

Néanmoins, cela incombe sûrement aussi à une prise de responsabilité conséquente à l'opération. Il paraît normal que si le conjoint est amené à occuper de nouveaux rôles après la chirurgie, comme la cuisine ou d'autres tâches domestiques et familiales, ce dernier va prendre plus à cœur la réussite de celle-ci, en veillant ou surveillant le patient.

D'autre part, et toujours dans une dynamique de soutien, les conjoints peuvent adopter les mêmes habitudes alimentaires que l'opéré, soit par pur accompagnement, soit dans l'optique d'améliorer ses propres comportements. Nous retrouvons là certains critères du bien être conjugal posés par Kellerhals (2004) avec un accompagnement dans les moments difficiles. Pour l'alcoolisme par exemple, certains groupements d'anciens alcooliques recommandent aux conjoints de faire eux-aussi abstinence de l'alcool dans une optique de soutien des malades, car ils considèrent que « *C'est ensemble que les époux ont souffert de l'alcool et c'est ensemble qu'ils doivent en guérir* » (Fainzang *in* Coutanceau et Bennagadi, 2015).

Mais concernant la chirurgie, cette dynamique de soutien s'étend à bien plus que l'alimentation. Dans certains cas, nous avons rencontrés des conjoints qui se sont mis au sport en même temps que l'opéré, comme pour **Émilie** et **Éric**, qui ont commencé à pratiquer la marche nordique ensemble :

« On s'est dit "on va faire de la marche nordique", allez hop, on y va tous les deux et ça marche très bien, j'en fais un petit peu plus qu'elle, mais on fait 20 à 30 km par semaine de marche, pour essayer de...de justement avoir un comportement où le corps est un peu plus sollicité, si on a fait, si on a été un peu gourmand, ben on fait un peu plus de marche, et aller de l'avant » (Éric, 60 ans, retraité finance, marié depuis 36 ans, 3 enfants, conjoint d'Émilie)

Le temps partagé ensemble est aussi un critère d'évaluation du bien être conjugal selon Stinett et Defrain (1986). Les relations conjugales, même après la chirurgie, restent donc calquées sur le modèle de Pagès (2008), illustrant un équilibre entre don et dépendance. Les habitudes alimentaires familiales sont donc amenées à être légèrement modifiées après la chirurgie, malgré une volonté de la plupart des opérés de faire passer ces changements inaperçus afin de ne surtout pas frustrer l'entourage, quitte à se frustrer soi-même. Par exemple, une étude sur l'alcoolisme a démontré que la famille pouvait avoir un rôle négatif dans le soutien aux malades. En effet, certains refusent de renoncer à l'alcool et isolent même le malade aux réunions de famille, le poussant à rompre son abstinence pour éviter l'isolement (Fainzang, 1993). Dans ces cas problématiques, les groupes d'anciens alcooliques font office de « famille de remplacement ».

Pour la chirurgie, qui est avant tout un projet très personnel, l'opéré est donc tiraillé entre un « *soi pour soi* » et un « *soi pour autrui* » (De Singly, 2005), le poussant à trouver un équilibre entre respect de ses prescriptions diététiques et évitement de conséquences sur l'alimentation de toute la famille. De ce fait, et pour beaucoup de situations quotidiennes, l'opéré et son entourage doivent constamment s'adapter à cette nouvelle alimentation. Cependant, que ce soit du côté des opérés ou de leurs conjoints, nous avons pu noter que les conséquences de la chirurgie font l'objet de quelques adaptations qui ne sont pas vues comme excessivement néfastes. Cela pourrait être attribuable à certaines limites de l'étude.

2. Les limites de l'étude

Cette étude se basant sur le volontariat des participants, nous pouvons supposer qu'une de ses limites réside dans le fait que les couples acceptant de participer sont dans une **dynamique plutôt positive** concernant la chirurgie et leur relation conjugale. De ce fait, les témoignages obtenus ne reflètent peut être pas l'état d'esprit de toute la population des opérés bariatriques.

Également, le fait que **l'enquêteur se présente comme étant rattaché à une structure de soin** dans laquelle les patients interrogés sont soignés influence peut être leurs discours quant aux conséquences néfastes de la chirurgie et de leur vécu réel.

Enfin, et même si aucune question sur la vie intime des couples n'a été posée lors des entretiens, le sujet de la conjugalité autour de la table peut être victime de quelques **préjugés sociétaux** et ainsi créer des biais dans les discours des opérés, ceux-ci souhaitant donner les « bonnes réponses » attendues.

Cependant, les témoignages récoltés ont été variés concernant les vécus possibles de l'après chirurgie, nous offrant une grande richesse de résultat et des perspectives théoriques intéressantes quant à la création d'un outil concret.

3. Apports de ces résultats : de la théorie à mettre en pratique

Grâce à cette phase exploratoire composée de quelques entretiens de patients et d'experts, suivie d'une phase probatoire interrogeant le vécu de 20 couples concernant la chirurgie bariatrique, nous pouvons dire que nous avons tenté de combler ce qui était jusqu'à présent un **vide théorique**. En effet, il n'existe pas encore dans la littérature publiée à ce jour

d'état des lieux du vécu alimentaire postopératoire au sein des familles ou des couples. Le travail complémentaire de la seconde stagiaire portant sur le vécu des enfants des opérés offrira une belle vue d'ensemble de la sphère familiale proche des opérés bariatriques. Ces recherches pourront aider toutes les structures de soin prenant en charge des opérés bariatriques, en contribuant à mieux connaître ces patients et ainsi améliorer leur vécu postopératoire.

Nous avons mis en évidence que c'est tout le foyer qui est impacté par la nouvelle alimentation de l'opéré. De ce fait, il paraît important que l'entourage proche soit inclus à la prise en charge et au suivi médical.

3.1 Une prise en charge globale du patient et de son entourage

3.1.1 Des conjoints en demande d'information

De nombreux conjoints interrogés ont désiré assister aux rendez-vous pré ou postopératoires. **Maddy**, qui s'occupe de la cuisine à la maison, a voulu assister à toute la prise en charge de son mari, se doutant bien que les habitudes alimentaires allaient devoir changer :

« *Moi je voulais savoir, ben je sais pas, par exemple quand on te dit que tu vas changer ton comportement alimentaire, c'est moi qui faisais à manger en plus donc il fallait savoir, est ce qu'il avait droit de tout manger ou pas, donc c'est pour ça oui que j'ai voulu aller avec lui, pour voir. J'ai fais, quasiment tous les rendez vous qu'il a eu,* » (Maddy, 42 ans, artiste lyrique, mariée depuis 12 ans, sans enfant, conjointe de Marc)

Theodore, également responsable de la cuisine, a lui aussi essayé de comprendre l'alimentation recommandée après la chirurgie pour son épouse, afin de l'assister au mieux :

« *Ce que dit le docteur et le diététicien, j'essaie de faire à peu près ça, mais moi...je fais peut être pas tout comme il faudrait hein.* » (Théodore, 72 ans, retraité conducteur de camions, marié depuis 42 ans, 2 enfants, conjoint de Thérésa)

Quant à **Erwan** et **Bernard**, assister à la prise en charge de leurs conjointes opérées leur a permis de pointer du doigt les problèmes existant dans leur ancienne alimentation, ou encore d'accumuler un maximum de nouvelles connaissances sur l'équilibre alimentaire :

« Je l'avais accompagné, presque au tout début de la préparation, voir une nutritionniste. Donc je l'avais rencontré elle, justement elle m'avait un peu marqué du doigt les mauvaises habitudes qu'on avait de manger irrégulièrement. Parce que j'avais pris conscience » (Erwan, 34 ans, photographe, en couple depuis 4 ans, sans enfant, conjoint d'Esma)

« On a appris les tenants et les aboutissants de certains menus. Et l'équilibre aussi qui a avoir avec les différents produits, les lipides, protides et je n'ai pas suffisamment de...comment dire...de connaissances pour ça mais bon » (Bernard, 74 ans, retraité enseignant, marié depuis 50 ans, 2 enfants, conjoint de Béatrice)

Dans un tout autre registre, le fait que les conjoints s'intéressent à la prise en charge peut être réconfortant pour les opérés eux-mêmes. Nous retrouvons ainsi la seconde forme de reconnaissance mutuelle des membres du couple : l'identité personnelle (Duret, 2007). En effet, le conjoint participe à la future identité de l'opéré après la chirurgie, lui offrant ainsi une réassurance dans son exploration des possibles. **Magalie** a été clairement rassurée de l'intérêt qu'a porté son mari à la chirurgie et tout ce qu'elle impliquait :

« Il me demandait ce qu'on m'avait dit, comment ça s'était passé, il suivait beaucoup. Donc bon, c'était bien, et pas plus mal, parce qu'on se sent pas seule » (Magalie, 45 ans, employée de mairie, mariée depuis 30 ans, 2 enfants, opérée depuis 1 an et demi, a perdu 50 kg)

Nous remarquons donc que de manière générale, les conjoints sont en demande de renseignements concernant la chirurgie. D'une part s'ils sont les *gatekeeper* de l'alimentation à la maison, et d'autre part, et de façon plus globale, afin de les rassurer sur l'après chirurgie et ses conséquences.

3.1.2 La nécessité de s'adapter : lacune de la prise en charge médicale ?

Certains établissements de soin proposent aux patients inclus dans un projet de chirurgie bariatrique une forme de prise en charge appelée ETP, soit Éducation Thérapeutique du Patient. D'après l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé)[11], l'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. L'ETP fait donc partie intégrante de la prise en charge du patient de façon permanente. Elle comprend des activités organisées et un soutien psychosocial. Les activités visent à rendre les patients conscients et informés sur

[11] World Health Organization. Therapeutic patient education : Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases, 1998 [en ligne]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf (Consulté le 22-07-2016).

leur maladie, les soins, les procédures hospitalières, et les comportements liés à la santé et à la maladie[12].

L'ETP est un réel programme personnalisé se basant sur quatre étapes :

- **L'élaboration d'un diagnostic éducatif** : il faut connaître les besoins et les attentes du patient ;
- **La définition d'un programme personnalisé** : il faut formuler les compétences à acquérir et planifier avec le patient un programme individuel ;
- **La mise en œuvre des séances d'ETP** : qu'elles soient collectives ou individuelles ;
- **L'évaluation des compétences acquises** : il faut faire le point avec le patient pour savoir ce qu'il sait, ce qu'il a compris, et ce qu'il lui reste à acquérir.

La HAS (Haute Autorité de Santé) nous apprend aussi que l'ETP se charge de livrer au patient deux types de compétences :

- **Les compétences d'auto-soins et de sécurité** : elles visent à sauvegarder la vie du patient (soulager les symptômes, adapter les doses de médicaments, prévenir les complications, faire face aux problèmes, impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, etc.) ;
- **Les compétences d'adaptation** : elles visent à s'appuyer sur le vécu et l'expérience passée du patient (se connaître, savoir gérer ses émotions et son stress, prendre des décisions et résoudre un problème, se fixer des buts à atteindre, s'observer, s'évaluer et se renforcer, etc.).

L'ETP est bien évidemment proposée aux patients concernés par la maladie mais elle peut aussi l'être aux proches du patient s'ils le souhaitent et si le patient veut les impliquer dans l'aide et la gestion de sa maladie. Il paraît donc évident que ce système est largement applicable à la chirurgie bariatrique, qui implique que le patient et son entourage acquièrent des compétences d'**autosoins** (en matière de diététique et nutrition par exemple) et d'**adaptation** (gérer sa propre tolérance alimentaire et se fixer des objectifs de perte de poids par exemple). Sur ce dernier type de compétence, le mot « adaptation » fait écho à certains propos recueillis lors des entretiens avec les couples interrogés. En effet, beaucoup

[12] HAS. Éducation thérapeutique du patient : définition, finalités et organisa tion, 2007 [en ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf (Consulté le 22-07-2016)

d'opérés mettent en évidence le fait que le plus grand changement impliqué par la chirurgie bariatrique est l'adaptation à de petites situations du quotidien, qui ne relèvent ni de la médecine, ni de la diététique, comme nous l'explique **Florent** :

« Mais l'après chirurgie bariatrique c'est ça au quotidien, et ça c'est des petits détails de la vie, mais auxquels on est confrontés […] des détails de la vie qui sont tout bêtes qu'il faut gérer, emmagasiner, et je pense qu'il y aurait tout une information et une formation à faire de ce côté là, parce que là on n'est plus du tout dans le domaine médical ou diététique, ça n'a rien à voir, c'est comment gérer au quotidien un truc tout bête, simplement d'être au resto et de se dire "comment vous faites pour gérer ça ?" Voilà...jamais personne ne m'a parlé de ça. Je pense que dans un suivi ça peut être très important de parler de ça. » (Florent, 52 ans, expert en assurance, marié depuis 30 ans, sans enfant, opéré depuis 2 ans, a perdu 30 kg)

Esma est tout à fait en accord avec ces propos, et illustre très bien avec une pointe d'humour tout ce que l'opéré bariatrique doit gérer dans la vie quotidienne :

« Il faut s'adapter. Tout est fait pour nous faire chier ! Y a pas d'autres mots, tout est fait, non mais c'est vrai ! Tout est fait pour nous détruire hein. En tant que bypassé, on va au resto, les plats sont immenses, on paye ça 20€, on est dégoûtés parce qu'on mange qu'un quart. Euh...les buffets c'est pas cher certes, mais on n'y mange que dalle ! (rire) Les fast food, on peut, mais attention, ça fait mal au ventre […] Et on mange plus rien, donc ça aussi, il faut s'adapter tout le temps, tout le temps. L'hiver s'adapter aussi. Parce que manger de la soupe ça ne sert à rien, donc il faut rajouter du vermicelle dedans si on a vraiment envie de manger de la soupe, et y a plein de choses en fait, il faut toujours toujours s'adapter. L'été pareil, une salade verte, elle sert à rien la salade verte ! (rire) » (Esma, 27 ans, sans emploi, en couple depuis 4 ans, sans enfant, opérée depuis 1 an, a perdu 51 kg)

La notion d'adaptation est donc centrale pour un bon vécu postopératoire. L'opéré et son entourage doivent mettre en place des stratégies applicables dans le quotidien afin de gérer au mieux la nouvelle alimentation. Également, et il est important de le préciser, la présente étude a pu démontrer qu'il n'existe aucun profil type de patient bariatrique. En effet, les effets indésirables, tolérances, changements de goûts et autres conséquences alimentaires sont aussi nombreuses qu'il existe d'opérés. De ce fait, chacun doit mettre en place ses propres stratégies adaptées à son quotidien.

Néanmoins, le suivi médical n'en est pas moins indispensable, permettant aux opérés de conserver une certaine ligne de conduite :

« Moi je suis convaincue, que j'ai fais le choix pour avoir un suivi à long terme, parce que ça moi je reste persuadée, là je les revois, le nutritionniste et le chirurgien jusqu'à la fin de l'année c'est bien cadré, et après j'ai décidé que je les verrais tous les deux en alternance tous les 6 mois. L'important c'est que moi j'ai des objectifs, où si à un moment je pars en vrille, voilà. » (Rachel, 58 ans, retraitée cadre de soin, mariée depuis 33 ans, 1 enfant, opérée depuis 5 mois, a perdu 31 kg)

En effet, le suivi paraît indispensable sur le long terme, d'autant plus que nous avons mis en évidence le fait qu'après quelques années, les limites physiques du nouvel estomac se font moins ressentir, forçant les opérés à résister aux envies qui ressurgissent.

Il paraît donc évident que l'outil à créer ici aiderait les opérés à la fois à mettre en place ces stratégies d'adaptation dans les débuts de la chirurgie, mais également à avoir un soutien sur le long terme pour continuer à appliquer leurs prescriptions diététiques. Sur le modèle de l'éducation thérapeutique, il s'agirait de faire acquérir des compétences principalement d'adaptation pour que l'opéré gère au mieux son quotidien. L'entourage faisant partie intégrante de ce dernier, il est nécessaire de l'y inclure, d'autant plus après avoir observé de grandes dynamiques de soutien conjugal de la part des conjoints.

Nous avons pu découvrir que ces stratégies à mettre en place ne relèvent ni de la diététique, ni du médical, mais seulement de l'expérience de chacun en fonction des conséquences variables de la chirurgie. Beaucoup de patients mettent en évidence l'importance du partage d'expérience avec d'autres patients opérés, qui permettrait de connaître justement les stratégies adoptées par chacun et de trouver celles qui correspondent à l'opéré en question :

« Ça serait bien de voir des gens opérés, parce qu'on nous en parle jusqu'à l'opération, ce qui va se passer médicalement après, mais on n'en sait pas plus, et ça aurait été bien qu'on voit des gens qui veulent bien venir discuter de leur opération et a qui on peut poser des questions. Même si elles sont farfelues (rire) » (Magalie, 45 ans, employée de mairie, mariée depuis 30 ans, 2 enfants, opérée depuis 1 an et demi, a perdu 50 kg)

Matthieu, compagnon de **Magalie**, est lui aussi en accord avec l'utilité des échanges d'expériences entre patients opérés. Cependant, il pointe du doigt l'importance des conseils complémentaires d'un expert, pour éviter tout débordement :

« La préparation me semble essentielle et je pense que le suivi, il doit y avoir possibilité d'échanger facilement, pas des rendez-vous chez le médecin le plus proche, mais c'est la possibilité, justement

quand on est face à des problèmes de pouvoir justement, des outils...l'idée de la page Facebook est très bonne mais ça aurait été bien de savoir...parce que la qualité des conseils...le forum entre eux...c'est bien pour plein de choses mais quand on a besoin d'une réponse ou d'un conseil, il faut quelqu'un de qualifié et valider médicalement. » (Matthieu, 50 ans, cadre informatique dans la santé, marié depuis 30 ans, 2 enfants, conjoint de Magalie)

Mais que l'on parle de professionnels de santé, d'une association d'opérés bariatriques, ou de l'entourage familial en lui-même, nous en venons à la même conclusion : le réseau social de l'opéré est primordial dans son vécu postopératoire.

3.1.3 Le soutien social au cœur du vécu des opérés

Un réseau est défini par un ensemble de relations entre acteurs (Defossez, 2014). Une relation dépasse le cadre de la simple interaction car il est requis d'avoir un minimum de connaissance de l'autre. De plus, une relation peut s'instaurer en dehors de liens familiaux, amicaux, de travail, ou de voisinage. Georg Simmel (1999) pose la notion de « *cercles sociaux* », qui sont des communautés où sont insérés les individus. Bien évidemment, chaque individu est inséré dans plusieurs cercles sociaux en même temps.

Dans sa thèse de docteur en sociologie, Adrien Defossez (2014) étudie l'influence du soutien social pour les malades du cancer. Le soutien social se définit comme étant le « *processus par lequel les ressources de la structure sociale sont mises à profit pour répondre aux besoins fonctionnels de l'individu dans des situations de routine et de crise* » (Lin et Ensel, 1989). Le soutien social constitue donc les ressources disponibles au sein du réseau du patient. Il existe trois grandes catégories de soutien social (Ferlander,2007 et Thoits, 1995) :

- **Soutien émotionnel** : ce sont les marques d'affection, de confiance et d'empathie ;
- **Soutien tangible** : ce sont les aides purement matérielles (argent, tâches domestiques, etc.) ;
- **Soutien informationnel** : ce sont les aides à la compréhension, le conseil et les renseignements.

Dans le cas de la chirurgie bariatrique, le soutien émotionnel et tangible peut être apporté par les conjoints des opérés, et plus particulièrement l'entourage. En effet, ce dernier lui offre une **aide matérielle** à travers le relais sur les tâches éducatives et domestiques, parmi

lesquelles la cuisine. Mais les proches accompagnent également les opérés dans leurs efforts au quotidien en adoptant par exemple les mêmes pratiques alimentaires qu'eux. Nous pouvons donc imaginer en toile de fond un grand **soutien émotionnel**. Pour enrichir notre définition précédente du soutien conjugal, nous pouvons ajouter que ce dernier est une forme de soutien social. De ce fait, le **soutien conjugal** concernant la chirurgie bariatrique peut être défini de la manière suivante :

« *Le soutien conjugal est un équilibre de don et dépendance entre les deux membres du couple, mêlant reconnaissance mutuelle, équité dans le travail domestique, et accompagnement dans les moments difficiles. Ce soutien conjugal est un réel soutien social dans le cas où l'un des membres du couple est opéré d'une chirurgie bariatrique, contribuant ainsi au bien-être conjugal et postopératoire* »

Concernant le **soutien informationnel**, les professionnels de santé arrivent au premier plan, entre médecins, chirurgiens, diététiciens, psychologues et infirmiers. Ces derniers offrent aux opérés les informations utiles à la compréhension de l'après chirurgie. Ils peuvent également constituer un soutien émotionnel, en considérant le patient dans son entièreté au sein de sa prise en charge, comme c'est le cas pour l'éducation thérapeutique. Mais le **soutien informationnel** peut aussi venir des autres patients opérés qui veulent partager leur expérience du quotidien de l'après chirurgie. Les rassemblements de patients opérés sont en effet riches en informations que le monde médical ne peut pas forcément apporter. De plus, le fait d'être inclus dans un groupe d'individus ayant partagés le même vécu peut présenter un fort **soutien émotionnel**, et notamment sur le long terme, quand les anciennes envies ressurgissent.

Il a été démontré que le soutien social génère des effets bénéfiques pour la qualité de vie dans l'optique de faire face à d'éventuelles difficultés, comme l'apparition d'une maladie chronique (Gallant, 2003). Une autre étude de Cornwell et Waite (2012) montre que le soutien social limite le risque d'absence de contrôle de son hypertension.

Pour en revenir à la chirurgie bariatrique, le **soutien émotionnel et tangible** est fourni par l'entourage de l'opéré. Quant au **soutien informationnel**, les apports médicaux et diététiques sont donnés par les équipes de soin. Cependant, nous avons vu qu'il y avait un vide autour des adaptions des actions du quotidien concernant l'alimentation, poussant les opérés à trouver d'eux-mêmes différentes stratégies par essais et erreurs. De plus, le partage d'expérience avec d'autres opérés semble primordial, si bien sûr les informations

sont exactes et approuvées d'un point de vue médical. Notre outil commence donc lentement à se dessiner, reste à savoir par quel moyen le créer.

De nos jours, internet prend de plus en plus d'ampleur et devient un moyen de communication primordial. L'outil développé ici va s'appuyer sur ce mode de communication en vue de l'amélioration du vécu postopératoire des patients bariatriques et de leur entourage.

Chapitre 7 :

La création d'un outil de communication utile aux opérés et à leurs conjoints

Nous avons jusqu'à présent montré toute l'importance d'une aide aux opérés et à leur entourage quant à l'adaptation de l'alimentation dans la vie quotidienne. Ce type d'assistance ne peut être réalisé que par l'opéré lui-même ou son entourage, selon son propre vécu, différent pour chacun. L'aide à apporter aux à ce public est donc double. Premièrement, il s'agit de mettre en avant le partage d'expérience entre opérés afin de connaître ces stratégies adaptatives, tout en ayant l'approbation d'experts. Deuxièmement, il faut favoriser la dynamique de groupe pour offrir aux opérés un soutien continu sur le plus long terme, les aidant ainsi à maintenir leurs efforts. L'importance d'un réseau entre opérés et entourage d'opérés prend donc tout son sens ici. Internet représentant le moyen de communication incontournable, il paraît intéressant de s'en servir pour ce projet.

1. Internet : du réseau social à la communauté virtuelle

Il y a plus qu'un lien verbal entre « communauté », « commun » et « communication ». En effet, les hommes vivent en communauté en vertu des choses qu'ils ont en commun, et la communication est la façon par laquelle ils en viennent à posséder des choses en commun (Marouki, 2013). Internet peut devenir le lieu, l'espace social dans lequel les personnes communiquent, interagissent, et échangent, formant ainsi des communautés virtuelles.

1.1 Bénéfices des communautés virtuelles

Une communauté virtuelle est en fait une répétition d'interactions sociales se déroulant dans un espace virtuel, une plate-forme où les personnes se rencontrent.

L'idée du **forum internet** illustre parfaitement ces communautés virtuelles. Concernant la chirurgie bariatrique, les réseaux sociaux ou autres forums sont de plus en plus en vogue et la plupart des patients sont d'ailleurs inscrits sur au moins une plate-forme internet de réseau. Il est vrai qu'Internet est attractif, il a transformé le spectateur en acteur, contrairement à la télévision ou à la presse (Rissoan, 2014). L'internet social a toujours

existé mais sa complexité empêchait la majorité des internautes de l'utiliser. Mais aujourd'hui, les réseaux sociaux ont envahi toutes les générations grâce à leur simplicité d'utilisation.

Les groupes et forums permettent aux gens d'obtenir des réponses à leurs questions grâce au partage d'expériences et/ou d'expertises. La force des échanges réside dans la diversité des personnes qui y répondent. De plus, les internautes peuvent évidemment cacher leur identité civile derrière un pseudonyme afin de ne pas s'autocensurer. Également, l'écrit procure peut être chez certains la sensation d'être plus réfléchis et précis dans ce qu'ils ont envie de dire. Nous avons vu lors de l'étude exploratoire, Internet est un réel moyen de former une communauté pour se soutenir mutuellement. Par exemple, pour **Vanessa** et **Patrice**, nous avons vu que former un réseau et comparer leurs compétences à d'autres les a motivés à faire encore plus d'activité sportive après la chirurgie. Ce moyen de communication est donc tout à fait approprié pour bon nombre d'opérés bariatriques et de leurs conjoints, s'ils ont des questions sur l'adaptation de l'alimentation au quotidien. Cet outil pourrait donc assurer un **soutien informationnel**, voire **émotionnel**, car appartenir à un groupe, même virtuel, fait ressentir à chacun de ses membres qu'il compte. Les associations de patients opérés sont nombreuses, et se basent également sur ce principe d'unité. Elles offrent un réel soutien pour les opérés mais nécessitent en général un déplacement géographique. Les forums, quant à eux, ne présentent pas ce type de contrainte. Cependant, il est important de préciser que « *le vieux cliché du Net revient toujours à l'esprit : sur le réseau, personne ne sait qui parle, ni d'où, ni au nom de quoi et dans quel intérêt* »[13].

1.2 La fiabilité des informations de santé

La profession médicale a suivi elle aussi une évolution générale vers l'informatisation, les médecins s'appropriant chaque jour un peu plus des outils numériques applicables dans leur domaine. En 1984, à Cleveland, l'hôpital universitaire lance un site gratuit de questions/réponses sur le thème de la santé (Casilli, 2010). Le web s'est aujourd'hui transformé en mine inépuisable de renseignements et banques de données en accès libre.

[13] MARCOTTE Jean-François. Les rapports sociaux sur Internet : analyse sociologique des relations sociales dans le virtuel. Esprit critique, 2001 [en ligne] Disponible sur : http://www.espritcritique.fr/0310/article2.html (consulté le 25-07-2016)

D'ailleurs, la recherche d'informations de santé en ligne est l'une des activités les plus communes des internautes. En France, en 2011, 36% des individus ont utilisé Internet pour rechercher des informations concernant la santé et la nutrition, contre 13% en 2006 (eurostat, base de donnée internet *in* Defossez). Et en 2006, les français qui ont recherché des informations de santé sur Internet sont plus particulièrement des femmes (Frydel, 2006). La possibilité d'obtenir des informations ne se limite donc plus à la relation patient/médecin. Mais il est néanmoins démontré que la fiabilité des informations sur internet n'est pas forcément assurée. Le label HON (Health On the Net) avait été créé en partenariat avec la HAS depuis 2007 pour garantir la fiabilité des sites internet concernant la santé. Cependant, cette certification s'est révélée peu utile pour les internautes, qui ne savaient pas vraiment faire la différence entre un site certifié ou non. De ce fait, la HAS a abandonné cette certification[14].

Également, un autre problème soulevé par les forums réside dans le fait que l'identité des internautes n'étant pas assurée, n'importe qui peut se connecter sur ce type de plate-forme, biaisant les échanges des opérés qui sont en quête de renseignements. Il paraît donc évident que les réseaux sociaux entre patients sont un bon moyen pour eux d'échanger des astuces et conseils pour améliorer leur quotidien. Cependant, la fiabilité des informations y figurant doit être assurée.

1.3 La modération par un expert

Le principal problème posé par la communauté virtuelle réside dans le fait que rien ne garantie la fiabilité des informations y figurant. De ce fait, et comme nous l'avons souligné auparavant, la modération de ce forum devrait se faire par un expert de la question de l'alimentation après une chirurgie bariatrique. Par conséquent, le modérateur expert pourra avoir différents types de contrôles sur cet outil :

- **Vérification de l'identité** de chacun des internautes ;
- **Lancement de sujets de discussion** autour de réelles problématiques du quotidien des opérés ;
- **Modération des propos** des internautes en fonction de la fiabilité des informations ;
- **Don d'astuces et conseils d'experts** pour améliorer le quotidien des opérés.

[14] HAS, communiqué de presse. Vers une évolution de la certification des sites santé, 2013. [en ligne] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1590507/fr/vers-une-evolution-de-la-certification-des-sites-sante (consulté le 25-07-2016)

Concernant la **vérification de l'identité** des internautes, nous pouvons imaginer que chaque personne désirant s'inscrire sur le forum devra avoir un premier contact avec le modérateur de l'outil. Ce contact permettra de connaître les réelles motivations du futur internaute et éviter les possibles fauteurs de troubles.

À travers l'analyse des résultats de notre phase probatoire, nous avons compris que de nombreuses problématiques d'adaptation se posent au quotidien, tant pour les opérés que pour les conjoints. De ce fait, le **lancement des sujets de discussion** par un expert assurera l'utilité du forum pour tous les internautes. Néanmoins, il est fort probable que beaucoup de questionnements n'aient pas été soulevés par l'étude et devront également être abordés sur le forum. Par conséquent, le modérateur expert devra être attentif aux désirs des internautes en les sollicitant si besoin pour trouver de nouveaux sujets à aborder.

La modération des propos des internautes est assurée par tout gestionnaire de forum. Cependant, si ce dernier est expert en la matière, il sera en mesure de vérifier la fiabilité des informations données et intervenir en conséquence.

Mais un forum peut aussi être un lieu d'échange entre les internautes et le modérateur lui-même. Si dans ce cas le modérateur est expert, il sera en mesure de **fournir des conseils et astuces complémentaires** pour aider les opérés et leurs conjoints dans le quotidien. Par exemple, pour **Rachel**, qui ne savait pas du tout cuisiner avant l'opération, il aurait été utile selon elle d'obtenir par des experts des conseils concernant des recettes de cuisine en postopératoire :

« Même pour la cuisine je pense que ça serait bien de créer un truc pour les opérés bariatriques après, avoir des clés en mains, plutôt que de tâtonner un petit peu, parce que je pense que je fais des erreurs, après voilà, mais je pense ça serait pas idiot de faire quelque chose pour le postopératoire des premiers mois, une cuisine qu'on puisse, ben un peu comme le style weight watchers, que tout le monde puisse manger sans s'apercevoir qu'il y a peut être moins de calories, etc. » (Rachel, 58 ans, retraitée cadre de soin, mariée depuis 33 ans, 1 enfant, opérée depuis 5 mois, a perdu 31 kg)

Les conjoints pourraient également bénéficier de ces conseils s'ils sont les *gatekeepers* de l'alimentation à la maison.

Bastien m'a également fait part, en dehors de l'entretien que nous avons eu ensemble, d'un besoin d'informations des opérés concernant une alimentation saine et à bas prix, car beaucoup d'individus sont en situation de précarité.

Le principal intérêt de l'outil à créer ici est donc de favoriser l'échange entre personnes opérées d'une chirurgie bariatrique, afin qu'elles puissent mutuellement s'aider dans leur

vécu alimentaire quotidien postopératoire. La modération par un expert garantit à la fois une fiabilité des informations échangées, mais également des informations supplémentaires comme par exemple des idées de recettes de cuisine. Nous pouvons même aller plus loin et imaginer la publication de vidéos de témoignages de patients opérés ou autres moyens de communication, tels des quizz ou jeux en ligne. De plus, la collaboration avec un établissement de soin permettra d'appuyer d'autant plus la crédibilité de l'outil. Mais la communauté virtuelle permet aussi l'échange entre internautes depuis chez eux, peut importe leur localisation. Également, tout l'avantage de cet outil réside dans le fait que le modérateur expert peut exercer ce travail à distance lui-aussi. Cet outil serait donc tout à fait adapté à la suite de mon parcours professionnel.

Cependant, les échanges virtuels ne peuvent remplacer totalement les échanges sociaux réels en face à face. De ce fait, notre outil ne se résumera pas seulement à une plate-forme internet virtuelle.

2. Une communauté virtuelle, mais pas seulement

Nous l'avons vu, cette étude a soulevé bon nombre de problématiques des opérés et de leurs conjoints à propos de l'alimentation. Le futur outil s'attèlera donc à faire réagir les internautes sur ces sujets du quotidien afin que chacun puisse trouver sa propre stratégie. Cependant, certains sujets peuvent, plus que d'autres, attiser l'intérêt des internautes. De ce fait, il paraît intéressant d'organiser des évènements de rencontre entre les internautes sur ces sujets particuliers pour faire naître une dynamique de groupe utile à chacun d'eux.

2.1 La dynamique des groupes

C'est Kurt Lewin qui introduit la notion de dynamique des groupes en 1944. Selon lui, la vie d'un groupe correspond à un mouvement continu entre des périodes de stabilité et des périodes de changements. L'état d'un groupe à un instant T résulte d'un équilibre précaire entre des forces opposées qui s'annulent et produisent un état quasi stationnaire. L'accroissement des forces opposées, si elles restent à peu près égales, ne modifie pas l'équilibre du groupe mais provoque une augmentation de la tension au sein de celui-ci (Oberlé, 2013). En effet, nous l'avons vu concernant le foyer familial, « *un tout est autre chose que la somme de ses éléments, c'est la manière dont ces éléments s'agencent et se*

structurent entre eux qui caractérisent ce tout » (Oberlé, 2013). La dynamique de groupe a donc un effet tout particulier, car il y a bien une production d'éléments nouveaux par l'ensemble des membres de ce groupe. Roger Mucchielli (1967) nous indique les différentes caractéristiques d'un groupe, qu'il nomme « *restreint* » :

- **Les interactions** : chacun agit et réagit par rapport à un membre du groupe ou au groupe tout entier. Les manifestations ne sont donc pas que des expressions personnelles en soi mais elles sont déterminées en fonction de ce que disent ou font les autres ;
- **L'émergence de normes** : le groupe, en échangeant, fait apparaître des règles de conduite, reflétant ce qui est considéré comme bien par le groupe ;
- **L'existence de buts collectifs communs** : le groupe a une cohésion alimentée par un but commun, c'est le « ciment » de ce groupe ;
- **L'existence d'émotions et de sentiments collectifs** : les situations communes dans lesquelles se retrouve le groupe engagent donc à des actions et réactions collectives ;
- **L'émergence d'une structure informelle** : la dynamique de groupe fait apparaître une structure qui est de l'ordre de l'affectivité. Il y a donc des membres populaires, rejetés, des sous groupes, etc. ;
- **L'existence d'un inconscient collectif** : une histoire commune est véritablement vécue par le groupe, entre autre par son passé commun ;
- **L'établissement d'un équilibre interne et d'un système de relation stable avec l'environnement** : le groupe a un système de double équilibre : interne et externe avec l'environnement, qui peut éventuellement déstabiliser le groupe.

Les groupes d'opérés bariatriques et leurs conjoints seraient donc des groupes restreints plutôt appropriés. En effet, ils ont un but collectif commun, soit répondre à une problématique de leur vie quotidienne, et ont un inconscient collectif : la chirurgie bariatrique. Constituer des groupes restreints d'opérés bariatriques et de leurs conjoints pourrait donc faire émerger des normes collectives absentes sur le forum où des points de vue purement personnels y figurent. De ce fait, organiser des réunions de groupe momentanées semble être un bon complément à l'outil de la plate-forme virtuelle. De plus, en mettant de côté le soutien informationnel, c'est un réel **soutien émotionnel** qui sera donné aux opérés en les réunissant en face à face, afin qu'ils puissent échanger et apprendre à se connaître. Pour **Camille**, nous avions relevé le fait que le réseau social la

dévalorisait, voyant que sa perte de poids n'était pas aussi intense que d'autres. Mais nous pouvons alors souligner l'utilité des réunions de groupe qui aideraient ce profil d'opéré à aborder des sujets plus difficiles de la vie quotidienne en compagnie d'autres, partageant la même expérience. Mais ce type de projet demande une certaine méthodologie d'organisation.

2.2 La méthodologie de la réunion de groupe

Ces réunions de groupe s'organiseraient sur la base de la méthode de l'**entretien collectif**, créée par le sociologue américain Merton (Duchesne, 2008). L'entretien collectif met l'accent sur une expérience vécue par l'ensemble des participants, d'où son autre nom de « *focus group* ». En créant une dynamique de groupe au sein de la réunion, nous pouvons accéder aux sens et aux normes communes de ce groupe. L'effet d'entrainement réduit les inhibitions individuelles et l'expression d'un possible désaccord est un bon moyen d'amener de la polarisation au sein du groupe, comme Lewin l'indiquait par une tension exercée par deux forces opposées.

La plupart des spécialistes s'accordent sur un nombre de participants compris entre 5 et 10. Moins il y a de personnes, plus la discussion peut prendre rapidement mais risque d'être moins animée et moins riche. Mais plus le groupe est grand, plus cela est difficile à animer (Duchesne, 2008). Justement, l'entretien collectif ne donne pas lieu à une discussion ordinaire de la vie quotidienne car un encadrement minimal doit être présent pour assurer la fluidité des échanges et temporiser-désamorcer les tensions et conflits potentiels. C'est là tout le rôle de l'animateur, encore appelé *facilitator* ou *moderator*. Il a pour rôle de traiter du sujet en question en faisant participer le plus grand nombre d'individus. Pour cela, ces derniers doivent être en confiance et avoir un temps de parole suffisant. L'animateur se doit donc de répartir le temps d'intervention de chacun, solliciter les moins bavards, relancer les échanges et les recadrer si nécessaire (Duchesne, 2008). Le besoin de recadrer les échanges peut se produire lorsque la familiarité est forte au sein du groupe de participants. Une trop grande familiarité peut même amener les participants à considérer leurs propos comme des allants de soi qui ne méritent pas d'être explicités.

La question du lieu de rencontre est tout aussi importante. Les petites salles facilitent les interactions et la neutralité (Duchesne, 2008). Une table ronde évite la hiérarchie et est un élément de protection pour les participants (Stewart et Shamdasani, 1990).

2.3 Les sujets à aborder lors des réunions de groupe

Concernant les sujets à aborder, tant sur le forum que lors des réunions de groupe, ils sont tout trouvés suite à la phase probatoire que nous avons effectuée. En effet, beaucoup de problématiques du quotidien des opérés et de leurs conjoints ont été soulevées. Parmi elles, nous pouvons citer :

- « *Le soutien des conjoint(e)s au moment des repas* » : surveillance, aide, tensions ;
- « *De nouvelles habitudes alimentaires pour toute la famille* » : choix, obligation, occasion ;
- « *Les repas au restaurant après la chirurgie* » : changements, adaptation, stratégies ;
- « *De gourmand à gourmet* » : changements, cuisine, goûts ;
- « *Je n'arrive plus à rentrer dans la cuisine* » : adaptation, stratégie, réorganisation ;
- « *Mon(ma) conjoint(e) finit mes restes* » : partage d'expérience ;
- « *J'ai été opéré(e) de l'estomac, mais pas du cerveau* » : changement, adaptation, stratégies ;
- « *Mon opération date, mes démons alimentaires ressurgissent* » : gérer, adapter.

Ces sujets pourraient être les premières discussions lancées sur le forum. Par la suite, l'apparition d'autres thèmes importants au sein de ces premiers sujets feront office à leur tour d'un sujet distinct. Le modérateur aura pour rôle d'écrire le premier texte d'introduction de la discussion afin d'inciter les internautes à débattre dessus.

Concernant les réunions de groupe, elles seront organisées sur des sujets ou thèmes très sollicités par les internautes. Cette réunion fera office de « **forum dans la réalité** ». La discussion pourrait être animée par le modérateur du forum, qui suivra un guide d'animation précis. En **Annexe L** est présenté un exemple de guide d'animation pour le sujet des repas au restaurant. Pour que ces réunions soient productives tout en étant ludiques et interactives, il est intéressant de proposer aux participants des jeux ou animations, comme c'est le cas ici pour ce sujet. En effet, une carte de restaurant est proposée aux participants et ils doivent composer le menu qu'ils auraient choisi avant l'opération ainsi que celui qu'ils choisiraient actuellement. Ce jeu permet d'aborder l'ensemble des problématiques autour du sujet des repas au restaurant. Mais pour aller plus loin, il est important de souligner que le fait de réunir ces individus de manière régulière peut leur apporter un réel soutien social, car tous n'ont pas derrière eux une famille ou un

conjoint présent et aidant. À la manière de certaines associations de patients opérés, ces réunions peuvent être le début d'amitiés naissantes entre les participants, les incitants à prolonger ou accentuer leurs efforts respectifs dans l'observance diététique en se soutenant ou en exerçant ensemble des sorties sportives par exemple.

Mais un tel projet doit bien évidemment faire appel à une bonne organisation, à la fois pour gérer le forum et site internet, mais aussi pour la mise en place des évènements de réunions de groupe.

2.4 Modalités techniques du projet

2.4.1 Les internautes

Obtenir un bon référencement sur des moteurs de recherche internet tel que *Google* demande énormément de moyens. C'est pour cela que pour le lancement du projet, les internautes seront approchés via plusieurs moyens :

- Les **associations de patients** déjà connues par la réalisation des différents entretiens exploratoires et probatoires, soient des associations des régions Midi-Pyrénées et Aquitaine ;
- La **structure de soin** côtoyée lors de ces deux années de stage, soit l'Hôpital Larrey de la région Midi-Pyrénées ;
- Les **contacts des différents professionnels rencontrés** jusqu'alors.

Ces méthodes de recrutements regroupent déjà un grand nombre de potentiels futurs internautes. Par la suite, nous pouvons imaginer que le bouche à oreille entre les opérés sera un bon moyen d'enrichir le forum internet. Également, et grâce à un futur emploi possible dans le domaine de la diététique, je serai amenée à rencontrer un grand nombre d'opérés et à travailler dans différentes structures de soin, alimentant ainsi le réseau. Les internautes du forum seraient donc les patients opérés d'une chirurgie bariatrique ainsi que toute personne de leur entourage qui le souhaite. Ce réseau ferait appel à des internautes de n'importe quelle région en France et de critères sociaux divers et variés. Cette multiplicité des profils ne fera qu'ajouter à l'intérêt de ce projet, fondé sur le partage de vécus propres aux opérés et à leur entourage.

Cependant, et comme nous l'avons précisé, il est nécessaire que pour assurer une synergie entre les internautes, chacun d'eux doit être dans une dynamique positive de soutien et d'échange en toute cordialité. De ce fait, et pour limiter au maximum de possibles fauteurs de trouble, l'inscription sur le forum donnera lieu à un premier contact avec le modérateur et administrateur de la plate-forme d'échange afin de s'assurer des bonnes intentions de chacun.

Concernant les réunions de groupe, elles seraient proposées sur le site internet à tous les internautes intéressés.

Mais l'organisation de réunions de groupe nécessite des modalités logistiques, déjà pour la location d'une salle afin de réunir les participants. De ce fait, il semble impossible de réaliser cette partie du projet sans avoir songé au préalable à un modèle économique.

2.4.2 Organisation et modèle économique

Pour réaliser des réunions de groupe, des moyens matériels sont nécessaires, tant pour la location de la salle que pour le matériel. Il paraît donc intéressant de réaliser un partenariat avec des acteurs possiblement intéressés par le sujet de la chirurgie bariatrique. À ce stade du projet, nous pouvons imaginer deux types de partenariats :

- **Établissements de soin** : toute structure de soin prenant en charge des opérés bariatriques pourrait être intéressée par ce projet. En effet, en vue de l'amélioration des protocoles de suivi des patients, les réunions pourraient se dérouler dans les locaux de ces établissements, à la fois pour les patients opérés et pour les internautes du forum ;
- **Industriels du régime diététique** : certaines enseignes comme « *Weight Watchers* » mettent déjà en place un système de réunions de groupe pour les adhérents. De ce fait, cela leur donne un stock d'informations utiles à une alimentation saine et équilibrée tout en favorisant le soutien de groupe au sein des membres. Nous pouvons donc imaginer que ce type d'acteurs serait intéressé par un tel projet, d'autant plus que nous l'avons vu, à distance de la chirurgie, une reprise de poids est possible, obligeant à une vigilance constante pour conserver une bonne alimentation.

Dans un second temps, il est intéressant d'imaginer la portée scientifique de ce travail. En effet, au-delà de l'utilité pour les participants, qui obtiendraient un compte rendu écrit après chaque réunion, nous pourrions imaginer un rendu scientifique pour les partenaires

de ce projet, qu'ils soient établissements de soin ou associations de patients opérés. Ces rendus seraient un bon moyen de diffuser de larges connaissances en sciences sociales concernant le vécu de l'après chirurgie bariatrique.

Afin d'avoir un aperçu de ce que le travail final pourrait être, une première ébauche de site internet a été créée.

3. Présentation de l'outil

3.1 Le site internet dans sa globalité

La première impression d'un site internet se base sur son design et son appellation. De ce fait, il a fallu trouver un titre de site internet qui soit simple à retenir et qui donne néanmoins les informations principales sur ce dont il traite. Le titre de « *Baria'alim* » regroupe à la fois la notion de chirurgie bariatrique, mais aussi le terme d'alimentation, afin qu'il n'y ait pas de confusions sur ce dont traite le site internet. La Figure 6 montre un aperçu de ce logo.

Figure 6 : Logo du site internet



Source : création personnelle

Après avoir remarqué le titre, l'internaute va pouvoir lire le message introductif suivant : « *Bien vivre son alimentation après une chirurgie bariatrique* ». De plus, et pour ne pas s'adresser de façon exclusive aux opérés, dans le texte d'introduction est bien mentionné : « *Pour les opérés et leur entourage* ».

Concernant le design global du site internet, une présentation sobre et moderne a été privilégiée ; tons de couleurs chauds et diverses photographies modernes représentant des aliments ou des plats cuisinés. En effet, il est important de préciser que ce site doit être ludique et agréable pour les internautes. Par conséquent, le côté alimentation/nutrition a été mis en valeur par rapport au côté scientifique/médical.

La page d'accueil du site internet regroupe toutes les informations nécessaires à la compréhension de son contenu. De ce fait, y figurent l'illustration des trois rubriques principales, soient le **forum de discussion**, le **blog**, et une **page de présentation sur le créateur du site** internet. En effet, pour la crédibilité de cette plate-forme d'échange, j'ai préféré dresser un portrait de mon parcours universitaire afin de faire comprendre aux internautes mes réelles motivations vis-à-vis de cette initiative. Pour toute remarque ou question à propos du site internet, une rubrique « *contact* » permet à n'importe quel visiteur d'envoyer un message sur ma boîte de messagerie électronique personnelle.

3.2 Le forum de discussion

Afin d'accéder au forum de discussion, l'internaute possède plusieurs moyens. D'une part, il peut accéder au lien direct du forum via la page d'accueil, qui offre un texte introductif le concernant. D'autre part, et si l'utilisateur est habitué à l'interface, il peut accéder directement au forum à partir des onglets en haut de l'écran. L'**Annexe M** offre différentes prises de vue du site internet afin de mieux visualiser ces propos. Une fois le forum ouvert, l'internaute accède directement aux différents sujets de conversation proposés. Il n'a ensuite plus qu'à s'inscrire et à participer aux différentes conversations avec le pseudonyme qu'il a choisit.

3.3 Le blog

Afin de délivrer un maximum de conseils et astuces aux internautes, le blog est une bonne source d'information. En effet, l'administrateur du site peut y publier divers articles consultables par tous les visiteurs du site internet. Nous pouvons imaginer plusieurs types d'articles :

- **Recettes de cuisine adaptées aux opérés bariatriques** : les opérés et les conjoints pourraient y trouver des idées de recettes pour varier les plats à la maison tout en respectant leurs recommandations diététiques. De plus, différents types de cuisine pourraient y figurer tels que la cuisine festive ou à bas prix ;
- **Actualités en référence à la chirurgie** : ce type d'article pourrait fournir aux internautes différents types d'actualités, tels que des publications scientifiques sur le sujet ou des initiatives bénéfiques aux opérés (par exemple l'initiative

« *Bariachef* » qui offre dans les restaurants partenaires au moins un menu adapté aux opérés) ;

- **Témoignages vidéos ou écrits d'anciens opérés** : nous pouvons imaginer ici des vidéos d'interviews d'anciens opérés qui partageraient leur expérience et leur vécu.

Dans cette troisième et dernière partie, nous avons donc fait le lien entre l'étude théorique menée et la création d'un outil dans le but d'améliorer le vécu des opérés et de leurs conjoints. En effet, l'étude probatoire a démontré, par la variété des témoignages de couples, que différentes stratégies se mettent en place après la chirurgie au cours du repas. Certaines sont inconscientes, nous pouvons citer l'hyper vigilance des conjoints par inquiétude, et d'autres sont totalement reconnues, comme l'adoption de la même alimentation que l'opéré par le conjoint. En toile de fond se dessinent évidemment différentes formes de dynamiques conjugales de soutien. Donc après une telle chirurgie, c'est finalement les deux membres du couple qui doivent ensemble s'adapter à ce nouveau régime alimentaire. Pour cela, le partage d'expérience entre opérés est primordial en complément d'une bonne prise en charge médicale. L'idée du forum internet s'est donc présentée ici comme une évidence, les outils des réseaux sociaux étant en pleine expansion, et d'autant plus dans le monde médical. Afin de former une réelle communauté d'entraide, les réunions de groupe feront office de complément à ce réseau, offrant un réel soutien émotionnel aux opérés et à leur entourage.

CONCLUSION

Nous pouvons dire à présent qu'un vide théorique a été partiellement rempli. Il est vrai que les travaux sur la chirurgie bariatrique sont nombreux. Cependant, cette discipline de la médecine étant encore récente, les études existantes s'attachent plus à explorer les données médicales concernant les patients opérés que le vécu alimentaire de ces mêmes individus, qui sont avant tout des êtres sociaux intégrés au sein d'un système familial qui se réunit tous les jours autour d'un repas. Car le repas est un véritable fait social, dépassant la simple fonction biologique de se nourrir, il est un lieu d'échange et de partage primordial au cœur des familles. Mais le repas partagé revêt une signification toute particulière dans un certain système familial qui est le couple. Il est vrai que la conjugalité se dessine autour de la commensalité, depuis le premier rendez-vous amoureux dans un bon restaurant, jusqu'au repas familial institué, vecteur de bonne éducation alimentaire pour les enfants.

Après une telle chirurgie, c'est tout le modèle alimentaire des opérés qui est amené à changer. Dans ce cas, nous sommes partis du postulat que la commensalité conjugale et familiale avait des effets sur l'alimentation de l'opéré.

L'étude exploratoire de l'an passé a mis en lumière un réel potentiel de ce sujet de recherche en interrogeant l'avis d'experts et de quelques patients opérés. De ce fait, une étude probatoire concernant le vécu de 20 couples d'opérés et de leurs conjoints a pu confirmer tout l'intérêt scientifique de ce travail. Mais au-delà d'un réel apport théorique, il est important que ces données servent à la mise en œuvre d'outils utiles à la prise en charge des opérés et de leur entourage. Le lien entre les connaissances théoriques et leur utilité concrète sur le terrain est tout trouvé lorsque l'on s'aperçoit que les opérés et leurs conjoints sont forcés d'adapter leur quotidien alimentaire après la chirurgie. En effet, au cœur de nombreuses dynamiques conjugales de soutien, conscientes ou non, se dessinent des stratégies mises en place par ces acteurs afin de bien vivre l'alimentation de tous les jours. De ce fait, il paraît primordial d'aider les opérés et leur entourage à trouver les manœuvres leur correspondant, d'autant plus que le profil type du patient bariatrique n'existe pas.

Le partage d'expérience entre opérés est donc nécessaire dans l'atteinte de cet objectif, c'est indéniable. Cependant, tous s'accordent sur le fait que l'expertise est un complément indispensable pour s'assurer de la fiabilité des informations données. L'outil créé ici

conjugue toutes ces caractéristiques, en proposant une plate-forme virtuelle d'échange de vécu entre patients opérés et/ou entourage des opérés, dont les conjoints. L'administration et la modération de cet espace social par un expert favorise la crédibilité de l'outil. Également, l'inclusion de ce forum à un site internet regroupant conseils et astuces de ce même expert apporte une aide complémentaire aux internautes en recherche d'informations. La praticité de l'outil est évidente, tant pour les internautes, qui n'ont pas besoin de se déplacer pour trouver l'information, que pour l'expert, qui peut exercer sa tâche à distance.

Cependant, l'échange virtuel ne remplace pas le lien social qui peut se former avec de vraies rencontres entre individus. De ce fait, la mise en place des réunions de groupe va représenter à la fois un soutien informationnel par la mise en débat de problématiques concrètes du quotidien des opérés, mais aussi un soutien émotionnel, par l'entraide mutuelle de ces individus qui ont le même vécu, les motivant ainsi à maintenir les efforts à faire pour acquérir, selon eux, une vie « normale », sans stigmatisation constante.

Cet outil complet assure donc un soutien social à ce public, utile à l'amélioration du vécu de la période d'après chirurgie.

Au-delà de l'aide apportée à ces individus qui vivent l'expérience de la chirurgie, ce travail contribue également à l'exploration d'un nouveau sujet en sciences sociales, en démontrant aux professionnels de santé l'importance d'une prise en charge globale du patient, inséré dans un système familial et conjugal qui a toute son importance.

Ce présent mémoire est donc l'aboutissement de deux années de travail pour le moins enrichissantes. En effet, la durée de cette étude a permis d'une part, de réaliser une phase exploratoire et probatoire avec un grand nombre d'entretiens, entraînant une richesse de résultat, et d'autre part, de s'intégrer à une structure de soin prenant à cœur le bon vécu de ses patients opérés, rendant ces stages humainement très intéressants. Ce travail m'a donc permis de mettre en œuvre une étude sociologique complète, tout en y intégrant mon expérience dans le domaine de la diététique. Il paraît maintenant clair que les sciences sociales et la diététique font bon ménage. De plus, l'outil créé ici est pour moi plein d'avenir, il me permettra de prolonger ce projet professionnel qui me tient particulièrement à cœur. En plus de tout cela, ces deux années de travail m'ont apporté de belles rencontres, tant professionnelles, en côtoyant une équipe de soin particulièrement impliquée, que personnelles, en rencontrant des familles qui m'ont ouvert leurs portes le temps d'un entretien.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

ARIES Philippe. ***L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime.*** Paris : Points, 2014, 316 p.

BARBUSSE Béatrice, GLAYMANN Dominique. ***La sociologie en fiches***. Paris : Ellipses, 2005, 410 p.

BLANCHET Alain, GOTMAN Anne. ***L'enquête et ses méthodes : L'entretien***. Paris : Armand Colin, 2007, 128 p.

BOZON Michel. ***Sociologie de la sexualité***. Paris : Armand Colin, 2009, 128 p.

CASILLI Antonio A. ***Les liaisons numériques : vers une nouvelle sociabilité ?*** Paris : Éditions du seuil, 2010, 331 p.

DE SINGLY François. ***Sociologie de la famille contemporaine***. Paris : Armand Colin, 2012, 127 p.

DE SINGLY François. ***Le soi, le couple et la famille***. Paris : Armand Colin, 2005, 255 p.

DE SINGLY François. ***Séparée : vivre l'expérience de la rupture***. Paris : Armand Colin, 2011, 232 p.

DUCHESNE Sophie et HAEGEL Florence. ***L'enquête et ses méthodes : L'entretien collectif***. Paris : Armand Colin, 2008, 126 p.

DUPRE LA TOUR Monique. ***Les crises du couple : leur fonction et leur dépassement***. Ramonville Saint-Agne : Eres, 2005, 212 p.

DUPUY Anne. ***Plaisirs alimentaires. Socialisation des enfants et des adolescents***. Tours/Rennes : Coédition des Presses universitaires François-Rabelais de Tours et Presses universitaires de Rennes, 2013, 510 p.

DURET Pascal. ***Le couple face au temps***. Paris : Armand Colin, 2007, 268 p.

DURKHEIM Émile. ***Les règles de la méthode sociologique***. Paris : Presses Universitaires de France, 1937, 149 p.

FAINZANG Sylvie. Les ambiguïtés du rôle familial : un regard anthropologique sur le lien famille-santé, *in* COUTANCEAU Roland et BENNAGADI Rachid, ***Souffrances familiales, filiation, couple et parentalité***. Paris : Dunot, 2015, 288 p.

FARBER Bernard. Types of family organization, *in* ***Human Behavior and social processes***, Londres : Routledge & Kegan Paul, 1962, 696 p.

FISCHLER Claude. ***L'Homnivore***. Paris : Éditions Odile Jacob, 2001, 395 p.

FREUD Sigmund. ***Cinq psychanalyses***. Paris : Presses Universitaires de France, 1981, 672 p.

GALLAND Olivier. ***Sociologie de la jeunesse***. Paris : Armand Colin, 2011, 256 p.

GAY Thomas. ***L'indispensable de la sociologie***. Paris : Studyrama, 2010, 191 p.

GIDDENS Anthony. ***The transformation of intimacy : sexuality, love and erotism in modern societies***. Redwood city : Stanford University Press, 1992, 216 p.

GIRARD Alain. ***Le choix du conjoint : une enquête psycho-sociologique en France***. Paris : Armand Colin, 2012, 328 p.

GOFFMAN Erving. ***Stigmate : Les usages sociaux des handicaps***. Paris : Les éditions de Minuit, 1963, 180 p.

GRIGNON Claude. Commensality and social morphology : an essay of typology, *in* SCHOLLIERS Peter, ***Food, Drink and Identity : Cooking, Eating and Drinking in Europe since the Middle Ages***. Oxford: Berg, 2001, p. 23-33.

KAUFMANN Jean-Claude. ***Agacements : les petites guerres du couple***. Paris : Armand Colin, 2015, 251 p.

KAUFMANN Jean-Claude. ***Casseroles, amour et crises : ce que cuisiner veut dire***. Paris : Armand Colin, 2015, 366 p.

KAUFMANN Jean-Claude. ***Sociologie du couple, Que sais-je ?*** Paris : Presses universitaires de France, 1993, 127 p.

KELLERHALS Jean, WIDMER Éric, LEVY René. ***Mesure et démesure du couple : cohésion, crises et résilience dans la vie des couples***. Paris : Payot & Rivages, 2004, 274 p.

LEMAIRE Jean-Georges. ***Les mots du couple***. Paris : Payot, 1998, 304 p.

LEPILLER Olivier. « Moi, je ne demande pas à rentrer dans une taille 36 » : recourir à la chirurgie bariatrique après 45 ans, *in* FOURNIER Tristan, JARTY Julie**,** LAPEYRE Nathalie et TOURAILLE Priscille, ***Alimentation, arme du genre, Journal des anthropologues***, Paris : AFA, 2015, n° 140-141, p. 235 - 255.

MAUSS Marcel. ***Essai sur le don***. Paris : Presses universitaires de France, 2012, 252 p.

MICHAUD-FEINBERG Joëlle, DARWICHE Joëlle. De l'utilité du génogramme croisé en thérapie de couple, *in* ***Génogramme ou arbre généalogique : Regards systémique et psychanalythique***. Paris : In Press, 2015, p. 43-66.

MUCCHIELLI Alex (Dir). ***Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines***. Paris : Armand Colin, 2009, 303 p.

MUCCHIELLI Roger. ***La dynamique des groupes : processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes***. Paris : éditions ESF, 1967, 234 p.

MURCOTT Anne. Family meals, a thing of the past ?, *in* ***Food, Health, and Identity***, 1997, p. 32 - 49.

OBERLÉ Dominique. ***La dynamique des groupes***. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 2013, 135 p.

PAGÈS Michèle. ***L'amour et ses histoires : une sociologie des récits de l'expérience amoureuse***. Paris : L'Harmattan, 2008, 329 p.

PARSONS Talcott, BALES Robert F. ***Family Socialization and interaction process***. Londres : Routledge, 1955, 422 p.

RISSOAN Romain. ***Réseaux sociaux : comprendre et maîtriser ces nouveaux outils de communication***. Saint Herblain : Éditions ENI, 2014, 451 p.

SAUVAYRE Romy. ***Les méthodes de l'entretien en sciences sociales***. Paris : Dunod, 2013, 138 p.

SIMMEL Georg. ***Sociologie, étude sur les formes de la socialisation***. Paris : Presses Universitaires de France, 1999, 780 p.

STEWART David W., SHAMDASANI Prem N. ***Focus group: Theory and practice***. Londres : Edition SAGE, 1990, 224 p.

STINNETT Nick, DEFRAIN John. ***Secrets of strong families***. Boston : Little Brown & co, 1986, 196 p.

SMADJA Éric. ***Le couple et son histoire***. Paris : Presses universitaires de France, 2011, 288 p.

VON BERTALANFFY Ludwig. ***General System Theory : Foundations, Development, Applications***. New York : George Braziller, 1968, 295 p.

Thèses et mémoires

DEFOSSEZ Adrien. ***Soutien social et réseau personnel au cœur de l'expérience du cancer***. Thèse de docteur en sociologie, Toulouse : Université Toulouse Jean Jaurès, 2014, 462 p.

FURLAN Marie. ***« Manger avec les autres » : une difficulté en France pour les opérés d'une chirurgie bariatrique***. Mémoire de Master 1, Toulouse : ISTHIA, Université Toulouse Jean Jaurès, 2015, 124 p.

MAROUKI Maryem. ***Chercheurs et praticiens dans les réseaux socio-numériques : Multiplicité des formes de médiation en information-documentation***. Thèse de docteur en sciences de l'information et de la communication, Toulouse : Université Toulouse II Le Mirail, 2013, 403 p.

POTZ KIEFFER Brenda. ***The experience of obesity, its treatment and weight loss : a qualitative study of overweight couples***. Thèse de docteur en psychologie, Saint Louis : Faculty of the graduate school of Saint Louis university, 2007, 224 p.

Articles de revues

AARTS Floor, RADHAKISHUN Nalini N. E., VAN VLIET Mariska, GEENEN Rinie, VON ROSENSTIEL Ines A., HINNEN Chris, BEIJNEN Jos H., BRANDJES Dees P. M., DIAMANT Michaela, GERDES Victor E. A. Gastric Bypass may promote weight loss in overweight partners. ***JABFM***, 2015, Vol 28, p. 90-96.

ADT Valérie. Le rapport des français à l'alimentation, un rôle protecteur envisageable contre le surpoids et l'obésité. ***Recherche en soins infirmiers***, 2011/3, n° 106, p. 16-31.

ANDRIEU Sandrine, GRAND Alain. Place de l'aidant informel dans la consommation médicamenteuse de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. ***Gérontologie et société***, 2002, Vol 103, p. 187- 193.

BAEZA SCAGLIUSI Fernanda, DA ROCHA PEREIRA Patricia, FERNANDEZ UNSAIN Ramiro, DE MORAIS SATO Priscila. Eating at the table, on the couch and in bed : an exploration of different locus of commensality in the discourses of Brazilian working mothers. ***Appetite***, 2016, Vol 103, p. 80-86.

BOVE Caron F., SOBAL Jeffery, RAUSCHENBACH Barbara S. Food choices among newly married couples: convergence, conflict, individualism, and projects. ***Appetite***, 2003, n°40, p. 25- 41.

BOZON Michel, HÉRAN François. La découverte du conjoint : évolution et morphologie des scènes de rencontre. ***Population***, 1987, n°6, Vol 42, p. 943-985.

BECKER Gary S. Human capital, effort, and the sexual division of labor. ***Journal of Labor Economics***, 1985, Vol 3, p. 33-58.

BERGSTROM Théodore C. Economics in a family way. ***Journal of Economic literature***, 1996, Vol 34, p. 1903-1934.

BIELECKA Ilona, OSEMEK Paweł, PAŚNIK Krzysztof. The impact assessment of weight loss on an aggressive behavior and satisfaction with the connubial or cohabitation relationship in patients after Roux-en-Y gastric-by-pass surgery performed laparoscopically. ***Przegląd Chirurgiczny***, 2012, Vol 84, p. 429-436.

BRADBURY Thomas N., KARNEY Benjamin R. Understanding and Altering the Longitudinal Course of Marriage. ***Journal of Marriage and Family***, 2004, Vol 66, p. 862-879.

CAHNMAN Werner.J. The stigma of obesity. ***Sociological Quarterly***, 1968, n°3, Vol 9, p. 283-299.

CAMPS Mario A., ZERVOS Emmanuel, GOODE Sarah, ROSEMURGY Alexander S. Impact of Bariatric Surgery on Body Image Perception and Sexuality in Morbidly Obese Patients and their Partners. ***Obesity Surgery***, 1996, Vol 6, p. 356-360.

CHRISTAKIS Nicholas A., FOWLER James H. The spread of obesity in a large social network over 32 years. ***The new England Journal of Medecine***, 2007, Vol 357, p. 370-379.

CORNWELL Erin Y, WAITE Linda J. Social network resources and management of hypertension. ***Journal of Health and Social Behavior***, 2012, Vol 53, p. 215- 231.

CROISET Aurélie, SORDES-ADER Florence. Chirurgie de l'obésité et qualité de vie : ses facteurs déterminants et son évaluation. ***Diabète & Obésité***, 2014, Vol 9, p. 147-150.

DE CASTRO John M. Family and Friends Produce Greater Social Facilitation of Food Intake Than Other Companions. ***Physiology & Behavior***, 1994, Vol 56, p. 445-455.

DE SAINT POL Thibaut. Le dîner des français : un synchronisme alimentaire qui se maintient. ***Économie et statistiques***, 2006, n° 400, p. 45-69.

DE SINGLY François. Les manœuvres de séduction : une analyse des annonces matrimoniales. ***Revue française de sociologie***, 1984, n°4, Vol 25, p. 523-559.

DUPUY Anne, TIBERE Laurence, POULAIN Jean-Pierre. « Impact de l'obésité sur les dynamiques professionnelles ». ***Rapport du programme Discrimination à l'emploi des personnes obèses***, 2004, 123 p.

ESPOSITO K., GIUGLIANO D. Obesity, the metabolic syndrome, and sexual dysfunction. ***International Journal of impotence Research***, 2005, Vol 17, p. 391-398.

FAINZANG Sylvie. The alcoholic and his family confronted with illness. ***Archive Public Health***, 1993, Vol 57, p. 65-73.

FERLANDER Sara. The importance of different forms of social capital for health. ***Acta Sociologica***, 2007, Vol 50, p. 115-128.

FISCHLER Claude. Commensality, society and culture. ***Social Science Information***, 2011, Vol 50, p. 528-548.

FOURNIER Tristan. Suivre ou s'écarter de la prescription diététique. Les effets du 'manger ensemble' et du 'vivre ensemble' chez des personnes hypercholestérolémiques en France. ***Sciences Sociales et Santé***, 2012, n° 2, Vol 30, p. 35-60.

FOURNIS Gaël, DENES Damien, MESU Cosmin, BRIERE Marie, GARRE Jean-Bernard, GOHIER Bénédicte. Obésité et bypass gastrique, impact sur la qualité de vie et le risque suicidaire : revue de la littérature. ***Annales Médico-psychologiques***, 2014, Vol 172, p. 721-726.

FRYDEL Yves. Internet au quotidien : un français sur quatre. ***Insee Première***, 2006, n°1076, 4 p.

FURLAN Marie. L'obésité dans le couple : quand le poids s'impose dans le lit conjugal. ***Diabète & Obésité***, 2016, n°99, Vol 11, p. 157- 159.

GALLANT Mary P. The influence of social support on chronic illness self-management : a review and directions for research. ***Health Education Behavior***, 2003, Vol 30, p. 170- 195.

GOLAN Rachel, SCHWARZFUCHS Dan, STAMPFER Meir J, SHAI Iris. Halo effect of a weight-loss trial on spouses: the DIRECT-Spouse study. ***Public Health Nutrition***, 2009, Vol 13, p. 544-549.

GUISADO MACÍAS Juan A., VAZ LEAL Francisco J., LÓPEZ-IBOR Juan J., RUBIO Miguel A., GARCIA CABALLERO Manuel. Marital Status in Morbidly Obese Patients After Bariatric Surgery. ***German Journal of psychiatry***, 2004, ISSN 1433-1055.

HAFNER R. Julian, ROGERS Jill, McK. WATTS James. Psychological status before and after gastric restriction as predictors of weight loss in the morbidly obese. ***Journal of Psychosomatic Research***, 1990, Vol 34, p. 295-302.

HAFNER R. Julian, McK. WATTS James, ROGERS Jill. Psychological status of morbidly obese women before gastric restriction surgery. ***Journal of Psychosomatic Research***, 1987, Vol 31, p. 607-612.

HERMAN C. Peter, POLIVY Janet. Normative influences on food intake. ***Physiology & Behavior***, 2005, Vol 86, p. 762-772.

HERPIN Nicolas. Le repas comme institution. Compte rendu d'une enquête exploratoire. ***Revue française de sociologie***, 1988, n° 29-3, p. 503-521.

HÜNNEMEYER Katharina, HAIN Bernhard, WILD Beate. Who is the man in the mirror? Depersonalization disorder after obesity surgery. ***Surgery for Obesity and Related Diseases***, 2012, Vol 8, p. 43-45.

KEMMER Debbie, ANDERSON A. S., MARSHALL D. W. Living together and eating together: changes in food choice and eating habits during the transition from single to married/cohabiting. **The editorial board of the sociological review**, 1998, p 48-72.

KINZL Johann F., TREFALT Ernestine, FIALA Michaela, HOTTER Alexandra, BIEBL Wilfried, AIGNER Franz. Partnership, Sexuality, and Sexual Disorders in Morbidly Obese Women: Consequences of Weight Loss After Gastric Banding. ***Obesity Surgery***, 2001, Vol 11, p. 455-458.

KNIFFIN Kevin M., WANSINK Brian. It’s Not Just Lunch: Extra-Pair Commensality Can Trigger Sexual Jealousy. ***Plos One***, 2012, Vol 7, p. 1-4.

LALANNE Michèle, TIBERE Laurence. Quand les enfants font craquer les modèles alimentaires des adultes. ***Enfance***, 2008/3, Vol 60, p. 271-279.

LAZAROS L., HATZI E., MARKOULA S., TAKENAKA A., SOFIKITIS N., ZIKOPOULOS K., GEORGIOU I. Dramatic reduction in sperm parameters following bariatric surgery: report of two cases. ***Andrologia***, 2012, Vol 44, p. 428-432.

LÉVEILLÉ Pauline, SERMONDADE Nathalie, FAURE Céline, CATHELINE Jean-Marc, BENCHETRIT Salomon, HERCBERG Serge, CZERNICHOW Sébastien, LÉVY Rachel. Impact de la chirurgie bariatrique sur la fertilité. ***Médecine de la Reproduction***, 2011, Vol 13, p. 249-256.

LEWIN Kurt. Forces behind food habits and methods of change. ***Bulletin of the National Research Council***, 1943, Vol 108, p. 35-65.

LIN Nan, ENSEL Walter. Life stress and health : stressors and resources. ***American sociological review***, 1989, Vol 54, p. 382-399.

MADAN Atul K., TURMAN Kimberly A., TICHANSKY David S.. Weight Changes in Spouses of Gastric Bypass Patients. ***Obesity Surgery***, 2005, Vol 15, p. 191-194.

MILLER Lisa, ROZIN Paul, FISKE Alan Page. Food sharing and feeding another person suggest intimacy: two studies of American college students. ***European Journal of Social Psychology***, 1998, Vol 28, p. 423-436.

MUSSO Stéphanie. Activité physique et chirurgie bariatrique : synthèse des études. ***Diabète & Obésité***, 2013, Vol 8, p. 287- 289.

NAVARON Audrey, CORCOS Maurice. Le corps tombe : l'obésité massive entre cannibalisme et bistouri. ***L'évolution psychiatrique***, 2015, Vol 80, p. 362–374.

PORIES Mary Lisa, HODGSON Jennifer, ROSE Mary Ann, PENDER John, SIRA Natalia, SWANSON Melvin. Following bariatric surgery : an exploration of the couples' experience. ***Obesity Surgery***, 2016, Vol 26, p. 54-60.

QUINTILLA Brigitte. Les troubles du comportement alimentaire : avant et après la chirurgie bariatrique. ***Diabète & Obésité***, 2014, Vol 9, p. 56- 61.

REBIBO Lionel, VERHAEGHE Pierre, COSSE Cyril, DHAHRI Abdennaceur, MARÉCHAL Virginie, REGIMBEAU Jean-Marc. Does longitudinal sleeve gastrectomy have a family ‘‘halo effect’’? A case-matched study. ***Surg Endosc***, 2013, Vol 27, p. 1748-1753.

REDD Marie, DE CASTRO John M. Social Facilitation of Eating : Effects of Social Instruction on Food Intake. ***Physiology & Behavior***, 1992, Vol 52, p. 749-754.

RICROCH Layla. En 25 ans, moins de tâches domestiques pour les femmes, l’écart de situation avec les hommes se réduit : rapport de l’INSEE. ***Regards sur la parité***, 2012, p. 66- 80.

ROSENBLATT Alberto, FAINTUCH Joel, CECCONELLO Ivan. Abnormalities of Reproductive Function in Male Obesity Before and After Bariatric Surgery-A Comprehensive Review. ***Obesity Surgery***, 2015, Vol 25, p. 1281-1292.

SCHAFER Robert B., SCHAFER Elisabeth, DUNBARC Martin, KEITH Patricia M. Marital food interaction and dietary behavior. ***Social Science & Medicine***, 1999, Vol 48, p. 787-796.

SCHAFER Robert B., SCHAFER Elisabeth. Relationship Between Gender and Food Roles in the Family. ***Society For Nutrition Education***, 1989, Vol 21, p. 119-126.

SERMONDADE Nathalie, MASSIN Nathalie, BOITRELLE Florence, PFEFFER Jérôme, EUSTACHE Florence, SIFER Christophe, CZERNICHOW Sébastien, LÉVY Rachel. Sperm parameters and male fertility after bariatric surgery: three case series. ***Reproductive BioMedicine Online***, 2012, Vol 24, p. 206-210.

SHAI Iris, HENKIN Yaakov, WEITZMAN Shimon, LEVI Itzhak. Determinants of Long-Term Satisfaction after Vertical Banded Gastroplasty. ***Obesity Surgery***, 2003, Vol 13, p. 269-274.

SOBAL Jeffrey, HANSON Karla. Family dinner frequency, settings and sources, and bodyweight in US adults. ***Appetite***, 2014, Vol 78C, p. 81-88.

SOBAL Jeffrey, NELSON Mary K. Commensal eating patterns : a community study. ***Appetite***, 2003, Vol 41, p. 181-190.

THOITS Peggy. Stress, coping, and social support processes : where are we ? What next ? ***Journal of health and social behavior***, 1995, numéro supplémentaire, p. 53-79.

WADDEN Thomas A., SARWER David B., WOMBLE Leslie G., FOSTER Gary D., MCGUCKIN Brian G., SCHIMMEL Allison. Psychosocial aspects of Obesity and obesity surgery. ***Obesity Surgery***, 2001, Vol 81, p. 1001-1024.

WANSINK Brian. Environmental factors that increase the food intake and consumption volume of unknowing consumers. ***Annu. Rev. Nutr***, 2004, Vol 24, p. 455-79.

WOODARD Gavitt A., ENCARNACION Betsy, PERAZA Joe, HERNANDEZ-BOUSSARD Tina, MORTON John. Halo Effect for Bariatric Surgery: Collateral Weight Loss in Patients' Family Members. ***JAMA Surgery***, 2011, n° 10, Vol 146, p. 1185-1190.

Communications lors d'une manifestation académique

FISCHLER Claude. Chaire UNESCO « Alimentations du monde ». ***Alimentation durable : un bien partagé***, colloque inaugural, 27 Janvier 2012.

TABLE DES ANNEXES

Annexe A : Guides d'entretien de la phase exploratoire 164

Annexe B : Affiche de recrutement de la phase probatoire 174

Annexe C : Guides d'entretien de la phase probatoire 175

Annexe D : Document d'autorisation écrite pour les entretiens 187

Annexe E : Histoire des couples interrogés lors de la phase probatoire 188

Annexe F : Caractéristiques de l'échantillon de la phase probatoire 193

Annexe G : Frises biographiques de Béatrice, Rachel et Amélia 195

Annexe H : Entretien Esma, opérée d'un bypass depuis 1 an 198

Annexe I : Entretien Erwan, conjoint d'Esma 218

Annexe J : Entretien Cassandra, opérée d'une sleeve depuis 5 ans et demi 230

Annexe K : Entretien Cédric, conjoint de Cassandra 252

Annexe L : Exemple de guide d'animation pour les réunions de groupe 261

Annexe M : Prises de vue du site internet 265

Annexe A : Guides d'entretien de la phase exploratoire

La commensalité (patient)

Interrogé :

Date :

Consigne de départ : Marie FURLAN - élève en Master Alimentation - Stage de première année - chirurgie bariatrique - impact sur la vie de famille - repas familial

Thème	Questions	Relances
Présentation du patient et de son entourage	1) Pouvez-vous vous présenter et me parler un peu de vous ? 2) Si cela ne vous dérange pas, pouvez-vous me parler un peu de votre famille/ votre conjoint ? 3) Depuis quand êtes-vous en couple ?	Prénom/âge/profession Enfants/ conjoint Concubinage/ mariage Logements séparés /Cohabitation Avant/Après la chirurgie Mois/ Années de couple
La décision de chirurgie	4) A quand remonte l'opération ? 5) Quel type d'opération avez-vous subi ? 6) Qu'est ce qui a motivé cette décision ? 7) Comment votre entourage proche/éloigné a-t-il vécu cette décision ?	Mois/ Années post-op By pass / Sleeve / Anneau / Dérivation Préoccupations de santé Esthétique corporelle Encouragements de l'entourage Changement de vie Désir de grossesse Bien / Mal Participation à la décision Encouragement/ Soutien
Histoire du poids et rapport à l'alimentation avant la chirurgie	8) Sauriez-vous me dire quelle a été l'origine de votre prise de poids ?	Après une grossesse Traumatisme/ Enfance Choc émotionnel

		Pathologie Mise en couple
	9) Comment l'expliquez-vous ?	Sur-alimentation Alimentation déséquilibrée Mauvaises habitudes familiales Préoccupations culturelles
	10) Parlez moi de votre alimentation avant la chirurgie ?	Journée alimentaire Habitudes alimentaires Repas au travail Grignotage Régimes yoyo
	11) Quels sens/valeurs cette alimentation avait pour vous ?	Gourmandise Plaisir de manger Plaisir du partage Ennui Anxiété/Stress
	12) Comment se passaient les repas avec votre famille/votre conjoint à la maison ?	Non pris en famille Individualisés Rapides / Devant la télé Plaisir du partage/ Convivialité Opulence alimentaire
	13) Votre entourage proche a-t-il des problèmes de poids ?	
	14) Décrivez-moi la répartition des tâches culinaires avant la chirurgie.	Égale/ Inégale Qui fait quoi ?
	15) Comment se passaient les repas festifs/	Appréciables/ Conviviaux Rares / Non appréciés

	exceptionnels ? 16) L'alimentation a-t-elle déjà été une source de conflit et dans quelle mesure ? 17) Quelles pouvaient être les autres sources de conflit au sein de votre couple ?	Opulence alimentaire Au sein du couple Au sein de l'entourage éloigné Travail Tâches domestiques Enfants
La prise en charge	18) Quelles ont été les étapes de votre prise en charge ici ? 19) Que vous a apporté cette prise en charge? 20) Comment votre entourage a-t-il vécu cette prise en charge ? 21) Quel a été le rôle de votre partenaire dans votre vécu de cette prise en charge ?	Diététicien/Psychologue/Médecin Ateliers d'ETP Prise de conscience Connaissances acquises Bien/ Mal Participation aux consultations Participation aux ETP Soutien Participation aux ateliers, aux consultations
La chirurgie et les conséquences	22) Comment avez-vous vécu l'après chirurgie durant les premiers mois ? 24) Quel a été le rôle de votre partenaire dans votre vécu de cette chirurgie ? 25) Sur le long terme, qu'est ce que la chirurgie a changé dans votre vie de tous les jours ?	Complications Effets secondaires néfastes Alimentation difficile Perte/Exacerbation du plaisir alimentaire Changements/Pertes des goûts Soutien émotionnel Partage des tâches domestiques Rôle peu aidant Perte de poids/ Meilleure estime Alimentation contraignante Compléments vitaminiques à vie Effets néfastes de la chirurgie Amélioration de la qualité de vie

	26) Qu'est ce qui a changé au niveau de l'alimentation ?	Diminution des quantités Fierté Alimentation équilibrée
	27) Par rapport à avant la chirurgie, le sens/la valeur de l'alimentation a-t-elle changé ?	Fonction biologique seulement Plaisir alimentaire différent Nouveaux goûts/ nouvelles sensations
	28) Comment se passent les repas avec la famille/ le conjoint aujourd'hui ?	Repas non pris en commun Préparation des repas Répartition autre des tâches culinaires
	29) La répartition des tâches précédemment décrite a-t-elle changé ?	Oui/ Non Comment ?
	30) Comment votre partenaire vit-il votre nouvelle alimentation et ces repas ?	Bien/ Mal Pourquoi ? Délégation des tâches culinaires Repas non pris en commun
	31) Comment votre partenaire a-t-il vécu votre perte de poids ?	Bien/ Mal Pourquoi ?
	32) Qu'est ce que la chirurgie a changé au sein de votre couple ?	Dans les débuts de la chirurgie : Disputes/ Soutien Sur le long terme après la chirurgie : Amélioration/ Dégradation
	33) Quelles ont pu être les sources de conflit dans votre couple après la chirurgie ?	Alimentation Intimité/ Jalousie Tâches domestiques/culinaires
	34) Comment se passent les repas festifs/ exceptionnels aujourd'hui ?	Soutien de l'entourage Remarques désobligeantes Longueur du repas appréciable

	35) Étiez-vous conscient(e) de toutes ces répercussions ? 36) Globalement, la chirurgie vous a-t-elle satisfaite ? 37) Avez-vous déjà eu affaire à de grands changements dans la vie et qui ont affecté votre couple ? Comment l'avez-vous géré ?	Oui / Non Pourquoi ? Oui / Non Pourquoi ? Accident Maladie Décès
Conclusion	38) Pour résumer le plus simplement possible et avec vos mots, quel a été l'impact de la chirurgie sur votre vie ? Qu'avez-vous pensé de cet entretien ? Voulez-vous rajouter des choses que nous avons peut être oubliées ? Souhaitez-vous me parler d'autre chose ?	

Remerciements

La commensalité (conjoint)

Interrogé :

Date :

Consigne de départ : Marie FURLAN - élève en Master Alimentation - Stage de première année - chirurgie bariatrique - impact sur la vie de famille - repas familial

Thème	Questions	Relances
Présentation du conjoint et de son entourage	1) Pouvez-vous vous présenter et me parler un peu de vous ? 2) Si cela ne vous dérange pas, pouvez-vous me parler un peu de votre famille/ votre conjoint ? 3) Depuis quand êtes-vous en couple ?	Prénom/âge/profession Enfants/ conjoint Concubinage/ mariage Logements séparés /Cohabitation Avant/Après la chirurgie Mois/ Années de couple
La décision de chirurgie	4) A quand remonte l'opération de votre partenaire ? 5) Quel type d'opération a-t-il/elle subi ? 6) Savez-vous ce qui a motivé cette décision ? 7) Comment avez-vous vécu cette décision ?	Mois/ Années post-op By pass / Sleeve / Anneau / Dérivation Préoccupations de santé Esthétique corporelle Encouragements de l'entourage Changement de vie Désir de grossesse Bien / Mal Participation à la décision Encouragement/ Soutien
Histoire du poids et rapport à l'alimentation avant la	8) Sauriez-vous me dire quelle a été l'origine de	Après une grossesse Traumatisme/ Enfance

chirurgie	la prise de poids de votre partenaire ?	Choc émotionnel Pathologie Mise en couple
	9) Comment l'expliquez-vous ?	Sur-alimentation Alimentation déséquilibrée Mauvaises habitudes familiales Préoccupations culturelles
	10) Parlez moi de votre alimentation avant que votre partenaire ne se fasse opérer ?	Journée alimentaire Habitudes alimentaires Repas au travail Grignotage Régimes yoyo
	11) Quels sens/valeurs cette alimentation avait pour vous ?	Gourmandise Plaisir de manger Plaisir du partage Ennui Anxiété/Stress
	12) Comment se passaient les repas avec votre famille/votre conjoint à la maison ?	Non pris en famille Individualisés Rapides / Devant la télé Plaisir du partage/ Convivialité Opulence alimentaire
	13) Y a-t-il d'autres problèmes de poids dans la famille proche ?	Égale/ Inégale Qui fait quoi ?
	14) Décrivez-moi la répartition des tâches culinaires avant la chirurgie ?	Appréciables/ Conviviaux Rares / Non appréciés
	15) Comment se passaient les repas festifs/	Opulence alimentaire

	exceptionnels ? 16) L'alimentation a-t-elle déjà été une source de conflit dans la famille ? 17) Quelles pouvaient être les autres sources de conflit au sein de votre couple ?	 Au sein du couple Au sein de l'entourage éloigné Travail Tâches domestiques Enfants
La prise en charge	18) Que savez-vous de la prise en charge médicale de votre partenaire ? 19) Comment avez-vous vécu cette prise en charge ? 20) Auriez-vous aimé participer à cette prise en charge ? Que vous aurait-elle apporté ? 21) Quel rôle avez-vous tenu lors de cette prise en charge ?	Diététicien/Psychologue/Médecin Ateliers d'ETP Bien/ Mal et Pourquoi ? Prise de conscience Connaissances acquises Participation aux consultations Participation aux ETP Soutien Participation aux ateliers, aux consultations
La chirurgie et les conséquences	22) Comment avez-vous vécu l'après chirurgie durant les premiers mois ? 23) Quel a été votre rôle dans ce vécu ? 24) Sur le long terme, qu'est ce que la chirurgie a changé dans votre vie de tous les jours ? 25) En quoi l'alimentation de votre partenaire a changé votre propre alimentation ? 26) Votre façon de voir l'alimentation a-t-elle	Inquiétudes Alimentation compliquée Changements d'humeur du partenaire Soutien émotionnel Partage des tâches domestiques Rôle peu aidant Perte de poids du partenaire Alimentation contraignante Diminution des quantités Alimentation équilibrée Plaisir alimentaire différent

	changé ?	
	27) Comment se passent les repas avec la famille/ le conjoint aujourd'hui ?	Repas non pris en commun Préparation des repas Répartition autre des tâches culinaires
	28) La répartition des tâches précédemment décrite a-t-elle changé ?	Oui/ Non Comment ?
	29) Comment vivez-vous cette nouvelle alimentation ?	Bien/ Mal Pourquoi ? Délégation des tâches culinaires Repas non pris en commun
	30) Comment vivez-vous la perte de poids de votre conjoint ?	Bien/ Mal Pourquoi ?
	31) Qu'est ce que la chirurgie a changé au sein de votre couple ?	Dans les débuts de la chirurgie : Disputes/ Soutien Sur le long terme après la chirurgie : Amélioration/ Dégradation
	32) Quelles ont pu être les autres sources de conflit dans votre couple après la chirurgie ?	Alimentation Intimité/ Jalousie Tâches domestiques/culinaires
	33) Comment se passent les repas festifs/ exceptionnels aujourd'hui ?	Soutien vis-à-vis de l'opéré Remarques désobligeantes Inquiétudes
	34) Étiez-vous conscient(e) de toutes ces répercussions sur la vie quotidienne ?	Oui / Non Pourquoi ?
	35) Avez-vous déjà eu affaire à de grands changements dans la vie et qui ont affecté votre couple ? Comment l'avez-vous géré ?	Accident Maladie Décès

Conclusion	36) Pour résumer le plus simplement possible et avec vos mots, quel a été l'impact de la chirurgie sur votre vie de couple et de famille ? Qu'avez-vous pensé de cet entretien ? Voulez-vous rajouter des choses que nous avons peut être oubliées ? Souhaitez-vous me parler d'autre chose ?	

Remerciements

Annexe B : Affiche de recrutement de la phase probatoire

Hôpitaux de Toulouse

ISTHIA
Institut Supérieur du Tourisme de l'Hôtellerie et de l'Alimentation

Bonjour,

Je réalise en ce moment une enquête avec le Pr. RITZ sur les changements autour du repas familial après une chirurgie bariatrique. L'expérience des opéré(e)s et de leurs conjoints dans la vie quotidienne serait pour moi très enrichissante !

Donc si :

- Vous avez été opéré(e) d'une chirurgie bariatrique

Et

- Que vous êtes en couple avec le même conjoint depuis au moins 1 an avant la chirurgie

Alors avoir votre avis et celui de votre conjoint m'intéresse !

Je vous assure évidemment l'**anonymat** et la **confidentialité** de vos réponses.

Pour plus d'informations, vous pouvez me joindre par téléphone ou e-mail :

XX-XX-XX-XX-XX (numéro de l'enquêteur)

xxxxxxx@laposte.net (e-mail de l'enquêteur)

Marie FURLAN,

Étudiante en Alimentation à l'ISTHIA de TOULOUSE (Institut Supérieur du Tourisme, de l'Hôtellerie et de l'Alimentation)

Photo de l'enquêteur

Annexe C : Guides d'entretien de la phase probatoire

La commensalité (patient)

Interrogé :

Date :

Consigne de départ : Marie FURLAN - élève en Master Alimentation - Stage de fin d'étude - chirurgie bariatrique - impact sur la vie de famille - repas familial - repas en couple

Thème	Questions	Relances
Présentation du patient et de son entourage	1) Pouvez-vous vous présenter et me parler un peu de vous ? (ligne de vie)	Prénom/âge/profession
	2) Si cela ne vous dérange pas, pouvez-vous me parler un peu de votre famille/ votre conjoint ? (ligne de vie)	Enfants/ conjoint Concubinage/ mariage Logements séparés /Cohabitation
	3) Depuis quand êtes-vous en couple ? (ligne de vie	Mois/ Années de couple
La décision de chirurgie	4) A quand remonte l'opération ? (ligne de vie)	Mois/ Années post-op
	5) Quel type d'opération avez-vous subi ?	By pass / Sleeve / Anneau / Dérivation
	6) Qu'est ce qui a motivé cette décision ?	Préoccupations de santé Esthétique corporelle Encouragements de l'entourage Changement de vie Désir de grossesse
	7) Comment votre conjoint a-t-il (elle) vécu cette décision ?	Bien / Mal Participation à la décision Encouragement/ Soutien

	8) A-t-il (elle) eu un rôle dans cette prise de décision ? Dites-moi dans quelles mesures 9) Votre couple a-t-il été une des raisons pour lesquelles vous avez choisi l'opération ?	Demande du conjoint Demande personnelle Amélioration des relations Meilleure image de soi Crises de couple
Histoire du poids et rapport à l'alimentation avant la chirurgie	10) Sauriez-vous me dire quelle a été l'origine de votre prise de poids ? 11) Comment l'expliquez-vous ? 12) Votre entourage proche a-t-il des problèmes de poids ? 13) Pouvez-vous me situer cette prise de poids par rapport à votre vie de couple et de famille ? (ligne de vie) 14) Comment ce poids avait-il de l'influence sur votre vie de couple ? 15) Parlez moi maintenant de votre alimentation	Après une grossesse Traumatisme/ Enfance Choc émotionnel Pathologie Vie de couple Sur-alimentation Alimentation déséquilibrée Mauvaises habitudes familiales Préoccupations culturelles Conjoint Enfants Fratrie Entourage Surpoids avant ou après le début de la relation Surpoids lié à la vie à deux Surpoids lié aux grossesses Conflits, vie intime, relationnel, stigmatisation Journée alimentaire Habitudes alimentaires

	avant la chirurgie ?	Repas au travail Grignotage Régimes yoyo
	16) Quels sens/valeurs cette alimentation avait pour vous ?	Gourmandise Plaisir de manger Plaisir du partage Ennui Anxiété/Stress
	17) Comment se passaient les repas avec votre famille à la maison ?	Non pris en famille Individualisés Rapides / Devant la télé Plaisir du partage/ Convivialité Opulence alimentaire
	18) Et les repas en couple, juste à deux ? décrivez-les-moi	Environnement, contexte, discussions, sorties festives, restaurant
	19) Décrivez-moi la répartition des tâches en cuisine avec votre conjoint avant la chirurgie.	Égale/ Inégale Qui fait quoi ?
	20) L'alimentation a-t-elle déjà été une source de conflit dans votre famille et dans quelles mesures ?	Au sein du couple Au sein de l'entourage éloigné
	21) Si vous deviez décrire votre couple d'avant la chirurgie en quelques mots, que diriez-vous ?	Heureux/Malheureux Proches/Éloignés
La prise en charge	22) Pouvez-vous me résumer en quelques mots les étapes de votre prise en charge pour accéder à la chirurgie ?	Diététicien/Psychologue/Médecin Ateliers d'ETP

	23) Que vous a apporté cette prise en charge?	Prise de conscience Connaissances acquises
	24) Comment votre entourage a-t-il vécu cette prise en charge ?	Bien/ Mal Participation aux consultations Participation aux ETP
	25) Quel a été le rôle de votre conjoint dans votre vécu de cette prise en charge ? A-t-il (elle) participé avec vous à certaines consultations ? Pourquoi ?	Soutien Participation aux ateliers, aux consultations Demande d'information, inquiétudes
La chirurgie et les conséquences	26) Comment avez-vous vécu l'après chirurgie durant les premiers mois ?	Complications Effets secondaires néfastes Alimentation difficile Perte/Exacerbation du plaisir alimentaire Changements/Pertes des goûts
	27) Quel a été le rôle de votre partenaire dans votre vécu de cette période ?	Soutien émotionnel Partage des tâches domestiques Rôle peu aidant
	28) Sur le long terme, qu'est ce que la chirurgie a changé dans votre vie de tous les jours ?	Perte de poids/ Meilleure estime Alimentation contraignante Compléments vitaminiques à vie Effets néfastes de la chirurgie Amélioration de la qualité de vie
	29) Et qu'est ce qui a changé au niveau de l'alimentation ?	Diminution des quantités Fierté Alimentation équilibrée
	30) Par rapport à avant la chirurgie, le sens/la valeur de l'alimentation a-t-elle changé ?	Fonction biologique seulement Plaisir alimentaire différent Nouveaux goûts/ nouvelles sensations
	31) Comment se passent les repas avec la famille aujourd'hui ?	Repas non pris en commun Préparation des repas

		Répartition autre des tâches culinaires
	32) Maintenant je vais vous mettre en situation d'un repas particulier et vous allez me décrire ce repas comme s'il se déroulait en ce moment, avec tout ce qui vous passe par la tête : - repas romantique au restaurant - repas romantique à la maison, un soir où les enfants sont chez la nounou	<u>Relancer sur tous ces aspects</u> : Cadre, discussions, aliments consommés et/ou cuisinés par l'opéré/le conjoint, temps passé à table, vêtements portés, climat relationnel, etc.
	33) La répartition des tâches en cuisine précédemment décrite a-t-elle changé depuis la chirurgie ?	Oui/ Non Comment ?
	34) Comment votre partenaire vit-il votre nouvelle alimentation et ces repas ?	Bien/ Mal Pourquoi ? Délégation des tâches culinaires Repas non pris en commun
	35) Est-il déjà arrivé que vous ne puissiez pas prendre le repas avec votre famille/conjoint vis-à-vis des effets de la chirurgie ? Quelles sont les réactions ?	Oui/Non Soutien, compréhension Conflits, dispute
	36) Et votre perte de poids, comment l'a-t-il (elle) vécu ?	Bien/ Mal Pourquoi ?
	37) Qu'est ce que la chirurgie a changé au sein de votre couple de manière générale ?	Dans les débuts de la chirurgie : Disputes/ Soutien Sur le long terme après la chirurgie : Amélioration/ Dégradation
	38) Quelles ont pu être les sources de conflit dans votre couple après la chirurgie ?	Alimentation Intimité/ Jalousie Tâches domestiques/culinaires

	39) Étiez-vous conscient(e) de toutes ces répercussions dont nous venons de discuter? 40) Aujourd'hui, qu'est ce qui pourrait vous aider à mieux vivre ces répercussions ?	Oui / Non Pourquoi ? Prise en charge, suivi Soutien de l'entourage Disponibilité des informations
Conclusion	41) Pour résumer le plus simplement possible et avec vos mots, quel a été l'impact de la chirurgie sur votre vie ? Qu'avez-vous pensé de cet entretien ? Voulez-vous rajouter des choses que nous avons peut être oubliées ? Souhaitez-vous me parler d'autre chose ?	

Remerciements

La commensalité (conjoint)

Interrogé :

Date :

Consigne de départ : Marie FURLAN - élève en Master Alimentation - Stage de fin d'étude - chirurgie bariatrique - impact sur la vie de famille - repas familial - repas en couple

Thème	Questions	Relances
Présentation du patient et de son entourage	1) Pouvez-vous vous présenter et me parler un peu de vous ? (ligne de vie)	Prénom/âge/profession
	2) Si cela ne vous dérange pas, pouvez-vous me parler un peu de votre famille/ votre conjoint ? (ligne de vie)	Enfants/ conjoint Concubinage/ mariage Logements séparés /Cohabitation
	3) Depuis quand êtes-vous en couple ? (ligne de vie)	Mois/ Années de couple
La décision de chirurgie	4) A quand remonte l'opération de votre conjoint ? (ligne de vie)	Mois/ Années post-op
	5) Quel type d'opération a-t-il (elle) subi ?	By pass / Sleeve / Anneau / Dérivation
	6) Savez-vous ce qui a motivé cette décision ?	Préoccupations de santé Esthétique corporelle Encouragements de l'entourage Changement de vie Désir de grossesse
	7) Comment avez-vous vécu cette décision ?	Bien / Mal Participation à la décision Encouragement/ Soutien
	8) Avez-vous eu un rôle dans cette prise de	Demande, encouragement

	décision ? Dites-moi dans quelles mesures	Pas de rôle, exclusion au processus
	9) Votre couple a-t-il été une des raisons pour lesquelles votre conjoint a choisi l'opération ?	Amélioration des relations Meilleure image de soi Crises de couple
Histoire du poids et rapport à l'alimentation avant la chirurgie	10) Sauriez-vous me dire quelle a été l'origine de la prise de poids de votre conjoint ?	Après une grossesse Traumatisme/ Enfance Choc émotionnel Pathologie Vie de couple
	11) Comment l'expliquez-vous ?	Sur-alimentation Alimentation déséquilibrée Mauvaises habitudes familiales Préoccupations culturelles
	12) Y a-t-il d'autres problèmes de poids dans son entourage ?	Conjoint Enfants Fratrie Entourage
	13) Pouvez-vous me situer sa prise de poids par rapport à votre vie de couple et de famille ? (ligne de vie)	Surpoids avant ou après le début de la relation Surpoids lié à la vie à deux Surpoids lié aux grossesses
	14) Comment ce poids avait-il de l'influence sur votre vie de couple ?	Conflits, vie intime, relationnel, stigmatisation
	15) Parlez moi maintenant de l'alimentation avant la chirurgie ?	Journée alimentaire Habitudes alimentaires Repas au travail Grignotage

		Régimes yoyo
	16) Quels sens/valeurs cette alimentation avait pour vous ?	Gourmandise Plaisir de manger Plaisir du partage Ennui Anxiété/Stress
	17) Comment se passaient les repas avec votre famille à la maison ?	Non pris en famille Individualisés Rapides / Devant la télé Plaisir du partage/ Convivialité Opulence alimentaire
	18) Et les repas en couple, juste à deux ? décrivez-les-moi	Environnement, contexte, discussions, sorties festives, restaurant
	19) Décrivez-moi la répartition des tâches en cuisine avec votre conjoint avant la chirurgie.	Égale/ Inégale Qui fait quoi ?
	20) L'alimentation a-t-elle déjà été une source de conflit dans votre famille et dans quelles mesures ?	Au sein du couple Au sein de l'entourage éloigné
	21) Si vous deviez décrire votre couple d'avant la chirurgie en quelques mots, que diriez-vous ?	Heureux/Malheureux Proches/Éloignés
La prise en charge	22) Pouvez-vous me résumer en quelques mots les étapes de la prise en charge de votre conjoint pour accéder à la chirurgie ?	Diététicien/Psychologue/Médecin Ateliers d'ETP
	23) Comment avez-vous vécu cette prise en	Prise de conscience

	charge et quel rôle avez-vous joué ? 24) Avez-vous participé à certaines consultations de votre conjoint ? Pourquoi ? Avez-vous été assez inclus à cette prise en charge ?	Connaissances acquises Soutien Participation aux ateliers, aux consultations Demande d'information, inquiétudes
La chirurgie et les conséquences	25) Comment avez-vous vécu l'après chirurgie durant les premiers mois ? 26) Quel a été votre rôle durant cette période ? 27) Sur le long terme, qu'est ce que la chirurgie de votre conjoint a changé dans votre vie de tous les jours ? 28) Et qu'est ce qui a changé au niveau de l'alimentation ? 29) Par rapport à avant la chirurgie, le sens/la valeur de l'alimentation a-t-elle changé ? 30) Comment se passent les repas avec la famille aujourd'hui ? 31) Maintenant je vais vous mettre en situation d'un repas particulier et vous allez me décrire ce	Complications Effets secondaires néfastes Alimentation difficile Perte/Exacerbation du plaisir alimentaire Changements/Pertes des goûts Soutien émotionnel Partage des tâches domestiques Rôle peu aidant Perte de poids/ Meilleure estime Alimentation contraignante Compléments vitaminiques à vie Effets néfastes de la chirurgie Amélioration de la qualité de vie Diminution des quantités Fierté Alimentation équilibrée Fonction biologique seulement Plaisir alimentaire différent Nouveaux goûts/ nouvelles sensations Repas non pris en commun Préparation des repas Répartition autre des tâches culinaires <u>Relancer sur tous ces aspects</u> :

	repas comme s'il se déroulait en ce moment, avec tout ce qui vous passe par la tête : - repas romantique au restaurant - repas romantique à la maison, un soir où les enfants sont chez la nounou	Cadre, discussions, aliments consommés et/ou cuisinés par l'opéré/le conjoint, temps passé à table, vêtements portés, climat relationnel, etc.
	32) La répartition des tâches en cuisine précédemment décrite a-t-elle changé depuis la chirurgie ?	Oui/ Non Comment ?
	33) Comment vivez-vous cette nouvelle alimentation et ces repas ?	Bien/ Mal Pourquoi ? Repas non pris en commun
	34) Est-il déjà arrivé que votre conjoint ne puisse pas prendre le repas avec vous vis-à-vis des effets de la chirurgie ? Expliquez-moi	Oui/Non Soutien, compréhension Conflits, dispute Solitude pesante, ennui, lassitude
	35) Et sa perte de poids, comment l'avez-vous vécu ?	Bien/ Mal Pourquoi ?
	36) Qu'est ce que la chirurgie a changé au sein de votre couple de manière générale ?	Dans les débuts de la chirurgie : Disputes/ Soutien Sur le long terme après la chirurgie : Amélioration/ Dégradation
	37) Quelles ont pu être les sources de conflit dans votre couple après la chirurgie ?	Alimentation Intimité/ Jalousie Tâches domestiques/culinaires
	38) Étiez-vous conscient(e) de toutes ces répercussions dont nous venons de discuter?	Oui / Non Pourquoi ?

	39) Aujourd'hui, qu'est ce qui pourrait vous aider à mieux vivre ces répercussions ?	Inclusion au suivi Disponibilité des informations
Conclusion	40) Pour résumer le plus simplement possible et avec vos mots, quel a été l'impact de la chirurgie sur votre vie ? Qu'avez-vous pensé de cet entretien ? Voulez-vous rajouter des choses que nous avons peut être oubliées ? Souhaitez-vous me parler d'autre chose ?	

Remerciements

Annexe D : Document d'autorisation écrite pour les entretiens

Hôpitaux de Toulouse

Formulaire de consentement

ISTHIA
Institut Supérieur du Tourisme de l'Hôtellerie et de l'Alimentation

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude en Master Alimentation à l'ISTHIA (Institut Supérieur du Tourisme, de l'Hôtellerie et de l'Alimentation), je réalise une enquête auprès de patients opérés d'une chirurgie bariatrique et de leurs conjoints. Mon sujet d'étude s'articule autour du devenir du repas familial après une chirurgie bariatrique, autant au sein du couple que de la famille. Ce travail entre dans le cadre d'un stage réalisé à l'hôpital Larrey de Toulouse (31). Votre participation m'aidera énormément dans mes travaux de recherche. Si vous le permettez, nos discussions seront enregistrées afin que j'obtienne toutes les informations nécessaires sans déformer vos propos (vous pourrez récupérer une copie de cet enregistrement en fin d'entretien, si vous le souhaitez).

De plus, je vous garantie l'anonymat car ces enregistrements resteront confidentiels et aucun Noms-Prénoms-Adresses postales-Lieux de travail, ne figurera dans mon rapport de fin d'étude.

Je vous remercie encore d'accepter de contribuer à l'achèvement de mon travail.

J'ai lu et j'accepte les informations ci-dessus (Date et signature) :

Annexe E : Histoire des couples interrogés lors de la phase probatoire

Vivian et Vera : Ils se sont faits opérer à quelques mois d'intervalle. La chirurgie était un projet commun et cela les a même rapprochés selon eux. Le problème de Vera était le grignotage et celui de Vivian les quantités. Elle étant bretonne, la cuisine au beurre et à la crème primait à la maison. Désormais, ils s'efforcent de cuisiner ensemble plus léger et plus sain. Vivian a beaucoup d'humour, il dit qu'il aimait sa femme avec ses anciennes rondeurs et est d'ailleurs enchanté qu'elle soit à présent enceinte. La grossesse de Vera n'était pas prévue pour si tôt après sa chirurgie, ce qui implique une forte fatigue la concernant et donc une surveillance accrue.

Thérésa et Théodore : Thérésa est dynamique. Sa principale motivation à faire la chirurgie était l'arrivée de ses petits enfants qu'elle adore. Théodore est un peu moins bavard, même si c'est lui qui cuisine depuis toujours à la maison. Il essaie de suivre les conseils des médecins pour faciliter l'alimentation de son épouse et ne pas faire deux repas différents, même si parfois, il aime se faire des choses qu'elle ne peut pas manger, comme des frites ! Thérésa perçoit quand même un grand soutien de son époux car selon elle, il lui cuisine des choses qu'elle aime.

Rachel et Raymond : Rachel a mal vécu son surpoids au sein de sa famille et s'est donc engagée très tôt dans l'armée pour fuir tout cela. Elle y fit une belle carrière, sans trop souffrir de son surpoids. Beaucoup de co-morbidités l'ont poussée à se faire opérer. Ayant pris sa retraite plus tôt que prévu, elle décide de se prendre en main en s'occupant d'elle. Elle s'est d'ailleurs mise à cuisiner et en y prenant plaisir, pour le plus grand bonheur de Raymond, qui lui, est très fier de son épouse et de son parcours.

Patricia et Paul : La motivation profonde de la chirurgie de Patricia vient du désir d'enfant du couple, une perte de poids étant nécessaire pour effectuer une FIV. Patricia a eu dans le passé un anneau gastrique, mais elle avait repris du poids progressivement après l'arrêt du sport, qu'elle pratiquait de manière régulière. Depuis l'opération, et motivé par ce désir de parentalité, le couple s'est mis à manger plus sainement qu'avant, en achetant des produits frais par exemple. Paul a d'ailleurs un réel goût pour cuisiner depuis récemment, chose qui arrange Patricia qui elle n'aime pas du tout cette tâche.

Marc et Maddy : Ils mettent tous deux très facilement à l'aise. Dès que je passe la porte de chez eux, ils me disent qu'ils n'ont rien à se cacher l'un à l'autre. En effet, chacun parle sans filtres, Marc ne me cachant pas son burn-out il y a de ça quelques années. À la maison, c'est Maddy qui cuisine, elle n'a pas vraiment changé ses manières de préparer les plats mais a grandement réduit

les quantités qu'elle prépare et qu'elle mange. Quant à Marc, il dit que la clé de son succès de perte de poids est sa balance, qu'il emmène partout avec lui pour peser tout ce qu'il mange en fonction des recommandations du diététicien.

Monica et Michel : Monica est très sympathique, elle me parle très rapidement et sans tabou de sa bipolarité et de tous ses problèmes de santé. Cette chirurgie lui permet de mieux apprécier son corps et de s'affirmer dans la vie quotidienne. Elle prend à cœur ses recommandations diététiques et a ainsi changé ses manières de manger. Quant à Michel, il ne semble pas encore prêt à changer ses propres habitudes alimentaires, même s'il effectue parfois quelques tentatives ponctuelles, songeant lui aussi à la chirurgie en voyant les résultats sur sa compagne.

Magalie et Matthieu : Magalie a tout de suite été très impliquée pour appliquer les conseils diététiques, malgré le fait qu'elle pouvait digérer très peu de choses après son opération, diminuant la variété de son répertoire alimentaire. Ne pouvant plus entrer dans la cuisine pendant plusieurs mois, c'est Matthieu qui a du prendre le relais sur ces tâches. Cela n'a pas été très compliqué pour lui et il ne l'a pas vraiment vécu comme une contrainte. Après une belle perte de poids, Magalie est déçue que son poids stagne actuellement, elle espérait plus. Les médecins lui proposent de faire prochainement une seconde opération, mais elle n'est pas encore décidée.

Gabrielle et Gérard : Gabrielle commence par me dire qu'elle a tout essayé, mais que désormais, elle lâche prise. Opérée d'une sleeve il y a 9 ans, elle a tout fait comme il le fallait pendant 6 ans. Mais il y a 3 ans, elle m'explique qu'elle lâche prise et qu'à son âge, elle préfère manger ce qui lui fait plaisir, évitant ainsi un maximum de contraintes. Gérard la rappelle parfois à l'ordre et essaie de faire des efforts pour cuisiner un peu plus équilibré, il pense que sa femme est malheureusement prédisposée au surpoids. Désormais, Gabrielle essaie de garder une alimentation équilibrée mais se permet de petits plaisirs alimentaires de temps en temps.

Gina et Gauthier : Gina n'a pas informé Gauthier de toutes les étapes de sa prise en charge de départ, ce dernier a été mis au courant seulement deux mois avant la chirurgie. Gina avait besoin de faire ces démarches seule, d'autant plus que Gauthier était plutôt contre ce projet vis-à-vis d'inquiétudes quant aux conséquences de ce genre d'opérations sur le long terme. Les habitudes alimentaires du reste de la famille n'ont pas changé, Gina cuisine toujours de la même façon, à quelques exceptions près. Gauthier a perçu très peu, voire pas du tout de changements sur sa propre alimentation, mis à part au restaurant lorsqu'il est tenté de piocher dans les restes de son épouse.

Flora et François : Flora est une ancienne sportive qui mangeait beaucoup car elle se dépensait en conséquence. Après l'arrêt du sport, elle a continué à manger les mêmes quantités, chose qui a

entraîné sa prise de poids, aggravée par une première grossesse. Depuis déjà 6 ans, la fille de Flora est très surveillée pour l'alimentation, car elle a tendance à prendre elle aussi du poids. De ce fait, et même avant l'opération, toute la famille mangeait de façon équilibrée. Les premiers mois ont été compliqués pour Flora, car elle n'avait plus de sensation de faim et plus de plaisir à manger. Mais aujourd'hui, tout est rentré dans l'ordre. Quant à François, il n'a pas vraiment changé ses habitudes alimentaires, mis à part que lorsque Flora fait ses collations, il est tenté de faire de même.

Florent et Fanny : Florent est insulino-résistant depuis 20 ans. Son diabète n'a cessé de lui poser des problèmes, aucun médecin n'arrivant à le réguler. Entre prise de médicaments excessive et handicap de sa jambe, Florent a pris du poids. Mais la motivation de chirurgie était clairement liée au diabète, car son obésité n'était pas sévère. Les débuts ont été difficiles, car pendant 5 semaines, Florent ne pouvait ni cuisiner, ni manger, ni assister aux repas de Fanny. Le couple a très mal vécu cette période, Florent étant un passionné de cuisine. Plus tard, le couple découvre que Florent souffrait d'une crise d'acétone. Le diagnostic étant posé, Florent a pu se remettre à cuisiner et tout est rentré dans l'ordre. Flora l'accompagne dans ses efforts, elle mange elle aussi moins qu'avant, même si parfois, Florent la sur alimente pour se nourrir lui-même par procuration.

Esma et Erwan : Ils sont jeunes et veulent en profiter ! Leurs habitudes alimentaires pouvaient donc être assez désorganisées avant l'opération, mangeant un peu n'importe quand. Mais depuis, ils essaient de se soumettre à un rythme régulier pour aboutir à un succès de perte de poids, Esma étant obèse depuis sa naissance. Elle m'explique qu'elle doit le faire pour sa santé, car elle veut s'assurer un futur, et avoir des enfants. Erwan n'est pas très affecté par les changements alimentaires qui ont eu lieu, il n'est pas très difficile, parfois même, il finit les plats d'Esma. Mais surtout, Esma adore quand Erwan la prend en tant que modèle photo, pour elle, c'est même thérapeutique !

Cara et Carl : Ils sont ensemble depuis 3 ans et ont chacun un passé et des enfants d'unions précédentes. Cara s'est découvert un diabète il y a 2 ans et cela l'a complètement désarçonnée, ne sachant pas comment le gérer. Sa prise de poids a été progressive, d'autant plus qu'elle a enchaîné de nombreux régimes amaigrissants, étant depuis toujours très complexée par son poids. L'opération s'est donc présentée comme une solution pour le diabète. En effet, celui-ci s'est amélioré, mais pas autant que Cara le voudrait, elle a donc une petite déception de ce côté-là. Quand à Carl, ses habitudes n'ont pas trop changé, excepté lorsqu'il doit finir les plats de Cara au restaurant.

Cassandra et Cédric : Cassandra a toujours beaucoup souffert de son surpoids depuis son enfance, notamment à cause de la relation conflictuelle qu'elle avait avec sa mère. Ce mal-être l'a toujours

poussée à se remettre en question et à enchaîner des périodes de régimes qui la frustraient plus qu'autre chose. Cédric étant lui très sportif et veillant à une alimentation allégée, cela a d'autant plus ajouté à son mal-être, rendant l'alimentation très conflictuelle au sein du couple. Cassandra a perdu beaucoup de poids grâce à la chirurgie, et cela l'a fortement encouragée. Cependant, elle s'inquiète un peu de sa reprise de poids ces dernières années, la faim et les envies se faisant de plus en plus ressentir.

Bastien et Babette : ils ont chacun un passé très dur et compliqué. De ce fait, Bastien a pris du poids progressivement, compensant tous ses problèmes personnels par l'alimentation. Babette est actuellement en dépression et Bastien s'occupe beaucoup d'elle. La chirurgie a fait perdre énormément de poids à Bastien, il a donc pu reprendre un maximum d'activités et de sport. Ses dépenses énergétiques étant intenses, Bastien fait beaucoup de malaises (dumping) dès qu'il mange un peu de sucre. Mais les tartes aux pommes sans sucre maison de Babette lui permettent de les éviter tout en se faisant plaisir.

Deborah et Denis : Ils se sont connus sur internet, Deborah a grossit au fil des années suite au décès de ses parents, elle compensait donc beaucoup par l'alimentation. Denis est enseignant, il est très dynamique et a vite parlé à sa compagne de la chirurgie bariatrique. La motivation principale de Deborah était de reprendre en main sa vie de famille, souffrant de ne plus faire les activités qu'elle aime avec ses deux jeunes enfants. Les débuts de la chirurgie ont été un peu difficiles mais tout est rentré dans l'ordre au bout de quelques mois. Denis s'est lui aussi mis à manger moins pour perdre un peu de poids.

Béatrice et Bernard : Béatrice a toujours été une femme active au cours de sa vie professionnelle, ayant besoin de prendre part à des activités et de rencontrer des gens. À la retraite, Béatrice ne se sent pas bien, elle se demande à quoi elle pourra servir désormais, ce qui lui valut une prise de poids, la pénalisant pour faire des activités avec Bernard, qui est lui aussi très dynamique et adore aller pêcher la truite. La décision de chirurgie est donc partie de là. À 3 mois de la pose de l'anneau, Béatrice est grandement aidée par Bernard qui lui donne toujours de bons conseils, lui étant selon elle très raisonnable, et elle un peu plus farfelue.

Émilie et Éric : C'est un couple fusionnel, des « âmes sœurs », comme me l'explique Émilie. Leur passage précoce à la retraite leur a permis de s'entraider pour les suites de la chirurgie. Le couple s'est mis à la marche nordique, ils se sont motivés mutuellement. Même concernant l'alimentation, Éric ayant depuis très récemment des problèmes de diabète, il s'est lui aussi mis à faire attention à l'alimentation et à manger moins. Cependant, l'opération datant de plus de 4 ans, Émilie essaie de

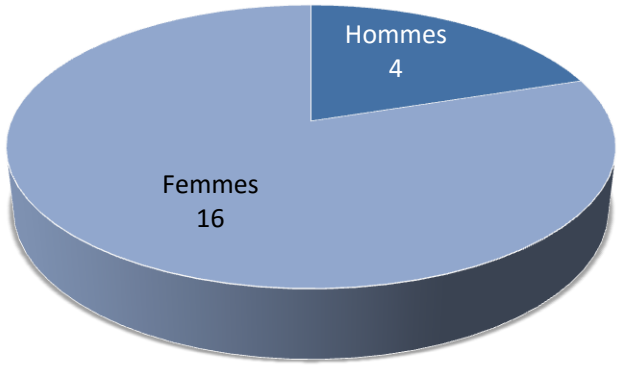
faire plus attention et de contrôler au maximum ses reprises de poids, d'autant plus qu'elle se décrit comme étant très gourmande.

Adeline et Aaron : Adeline a pris du poids lorsqu'elle a quitté le foyer parental, selon elle pour exprimer sa liberté. Ses crises d'hyperphagie viennent réguler ses émotions. Ayant testé tous les régimes, Adeline prend du poids au fil des années. Cependant, le repas familial reste sain et équilibré, d'autant plus depuis la venue de l'enfant qu'ils ont adopté. Aaron n'a donc pas constaté trop de changements au niveau de l'alimentation, si ce n'est qu'Adeline lui a permis, à lui et leur fils, de ralentir leur rythme de repas, anciennement trop rapide. Avec son opération, Adeline a perdu pas mal de poids assez rapidement, elle se sent même presque coupable par rapport à toutes les autres personnes qui essaient de perdre du poids avec difficulté.

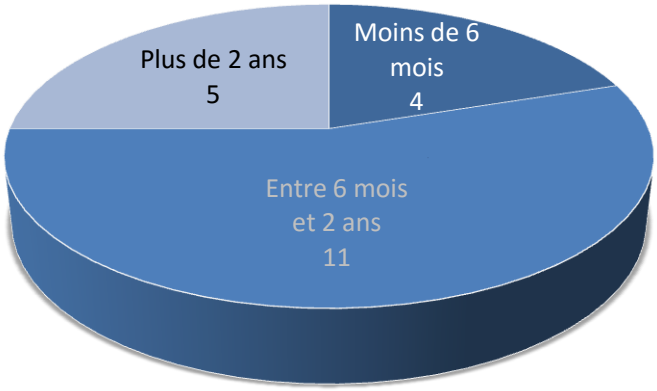
Amélia et Antoine : Amélia est avenante et dynamique, elle m'explique que sa prise de poids s'est faite après des périodes compliquées, pendant lesquelles elle avait des crises régulières de grignotage, parfois même nocturnes. Même Antoine décrit que l'alimentation n'était pas toujours bien équilibrée au moment des repas. Mais après l'opération, et grâce à toute sa prise en charge, Amélia a appris à cuisiner autrement, de façon plus saine et plus goûtue, pour le plus grand plaisir d'Antoine et de leur fils. Donc, malgré des débuts difficiles avec la présence d'une grande fatigue, aujourd'hui tout va bien et Amélia est convaincue que la prise en charge est primordiale pour bien vivre sa chirurgie.

Annexe F : Caractéristiques de l'échantillon de la phase probatoire

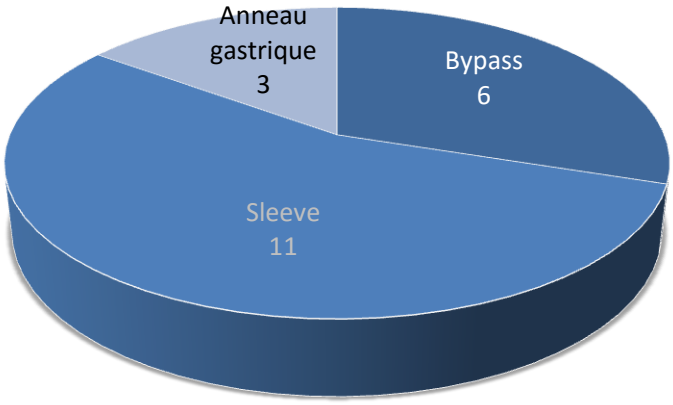
Sexe de l'échantillon des opérés (N=20) :



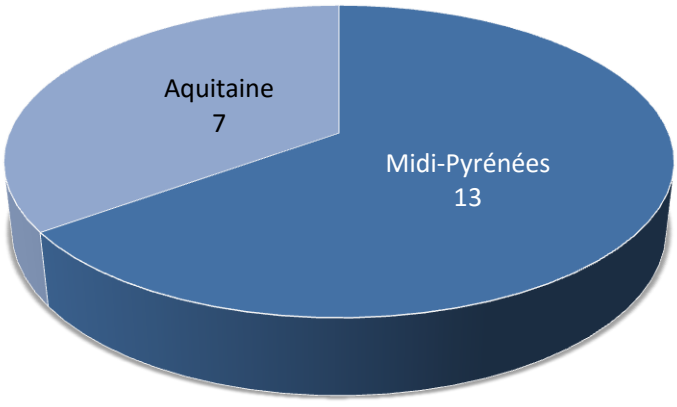
Ancienneté de l'opération de l'échantillon (N=20) :



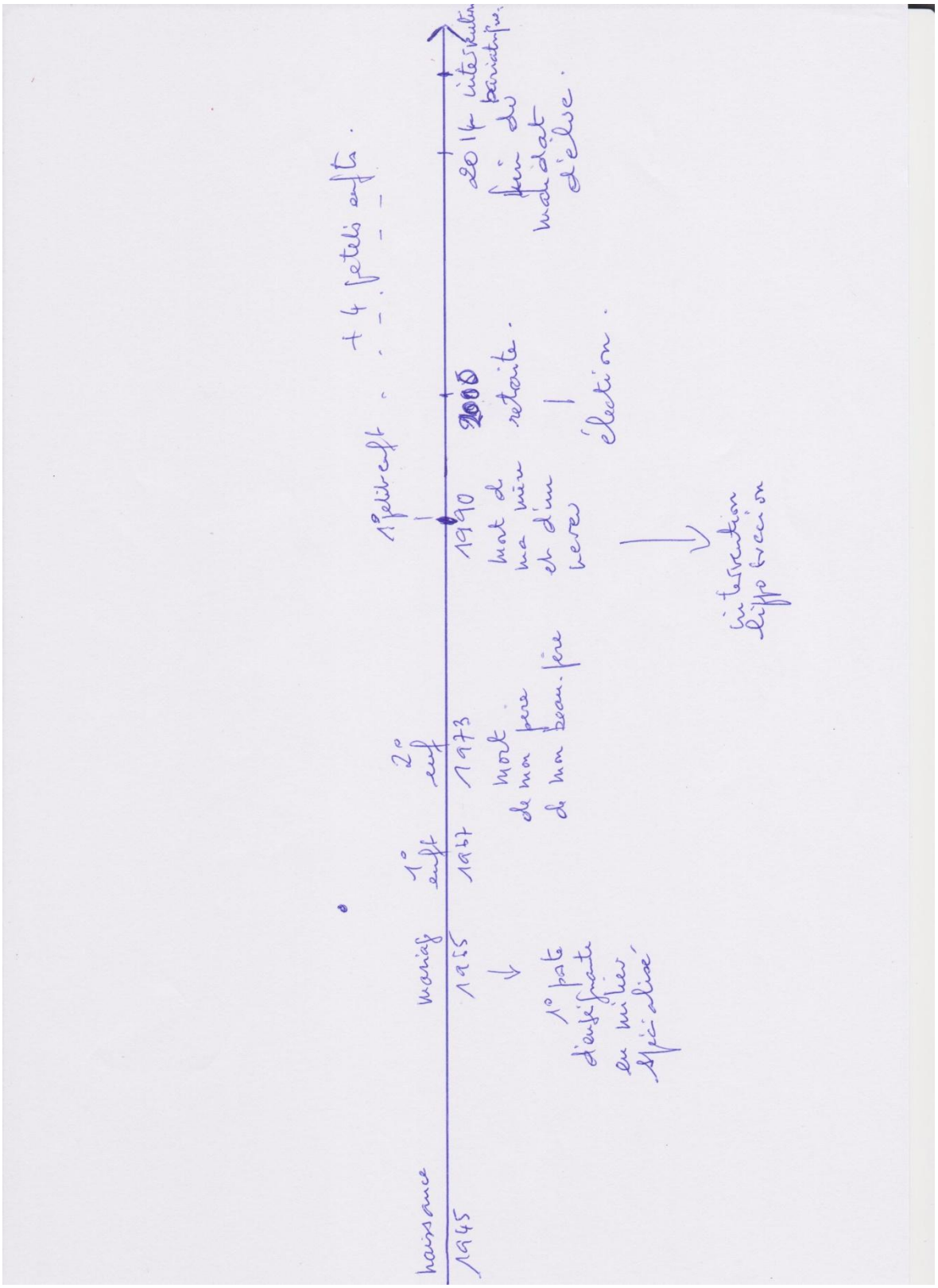
Type d'opération de l'échantillon (N=20) :

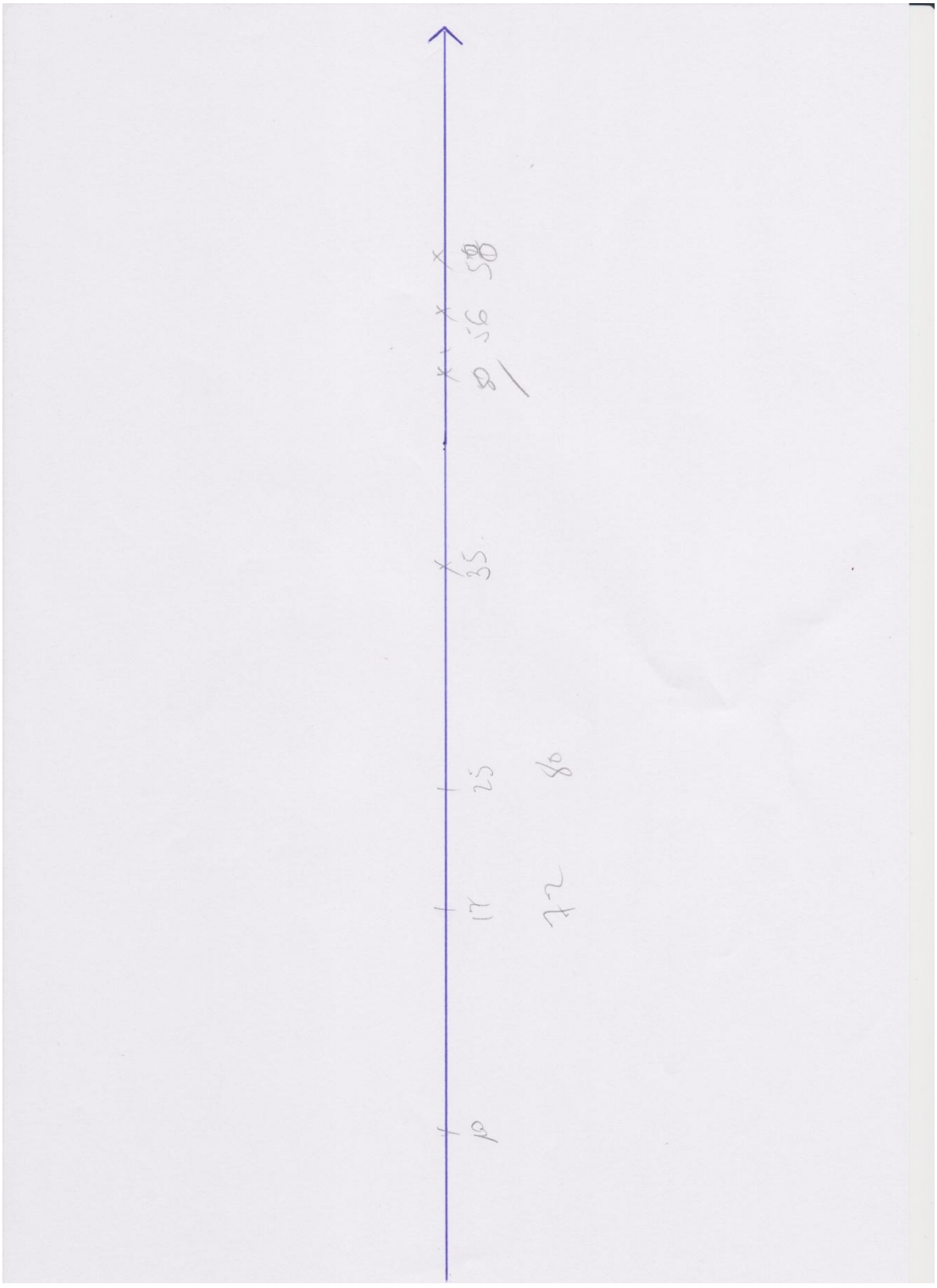


Origine régionale de l'échantillon (N=20) :



Annexe G : Frises biographiques de Béatrice, Rachel et Amélia





[redacted]

49 ans

Fonctionnaire à La Poste depuis 26 ans. dont 1h à Paris

Mariée depuis 16ans - 1 fils de 17 ans

originaire du Pays Basque

Centre Interet: sport Natation et j'adore le Rugby -

[redacted]

2 sorties par mois

opérée le 19 mars 2013

1m3 kg 1,67 m

Avant = pas de petit dej - pas equilibré, + feculent, plat cuisiné - grignotage même la nuit

-> fromage

gâteaux -> goûter

Contrariée, angoissée, pas plaisir.

Après : j'apprécie petit dejeuner.

Annexe H : Entretien Esma, opérée d'un bypass depuis 1 an

27 ans, en couple depuis 4 ans, sans enfant, sans emploi

Durée : 1h08

Date : 10 Juin 2016 à 14h

Étudiante : Ok, alors sans parler de la chirurgie, est ce que vous pouvez me parler de vous, ce que vous faites dans la vie, votre âge, la famille tout ce qui vous passe par la tête qui pourrait vous caractériser.

Esma : D'accord. Donc ben moi je suis Esma, j'ai 27 ans, pas d'enfants encore. En couple (rire), depuis 4 ans et demi. Euh... Là pour l'instant je suis à la recherche d'un emploi, bon j'en ai trouvé un pour les 3 mois, pour les prochains 3 mois sûr, pour l'aide à domicile. Sinon j'ai fais de la vente, j'ai aussi fais de la restauration, j'étais chef en cuisine. Euh...après j'ai beaucoup de hobbies, je fais du spectacle, je fais artiste burlesque, donc je fais pas mal de choses. Je suis très manuelle, voilà. Je fais partie d'une famille de 4 enfants, je suis la dernière, j'ai une sœur et 2 frères. Mes parents sont toujours ensemble, ils vivent au Maroc, voilà.

Étudiante : Ok.

Esma : Voilà, j'ai un chat (rire), Choco. Il me laisse pas dormir ! Voilà (rire). C'est ma vie.

Étudiante : Parfait. Donc maintenant pour en venir un peu à l'opération, expliquez-moi, c'était quand, c'était quoi ?

Esma : Alors ça remonte maintenant. Il y a quelques temps...en 2013, oui en 2013, j'ai voulu reprendre un peu les bases de...enfin faire un régime quoi. Je m'étais dis que j'en avais marre, là il faut que je fasse quelque chose, même si j'ai déjà tout essayé, pourquoi pas. Après j'ai pas tout essayé, j'ai pas essayé les régimes à la con comme je dis, les régimes dukan et tout ça, parce que pour moi c'était ridicule, je savais que ça marchait pas, parce que depuis toute petite j'ai été obèse donc...on m'a toujours expliqué que pour maigrir c'est pas les régimes comme, il fallait ré équilibrer son alimentation, faire du sport. Et puis moi en ayant des connaissances sur l'alimentation en étant en restauration, tout ça, j'avais quand même une bonne connaissance alimentaire. Je savais quoi faire. Mais j'étais arrivée à un point où je me suis dis "il faut que je me trouve de l'aide pour y arriver", donc j'ai été voir mon généraliste, je lui ai dis, elle m'a dit "d'accord, c'est bien, tu es prête à le faire, mais je vais être honnête avec toi, vu tes...vu ton antécédent génétique et puis ta vie à toi, y a pas 36 000 solutions, si tu veux maigrir et rester à un poids stable", parce qu'elle m'avait demandé le poids que j'aurais aimé faire, donc je lui disais entre allez 75 kg ça serait juste magnifique quoi. Et elle me dit "si tu veux rester à ce poids là et rester stable, ne pas les reprendre, y a pas 36 000 solutions, faut que tu te fasses opérer", alors ça m'a choqué" au début, je me suis dis "n'importe quoi", pourquoi pas, j'avais déjà perdu du poids, bon j'avais tout repris (rire), mais je pourrais le refaire encore, donc elle m'a dit "oui mais toi c'est pas que...tu grossis pas parce que tu manges mal, ça peut faire partie aussi du truc, si tu manges mal tu vas grossir mais même si tu manges bien, tu fais du sport, tu grossis quand même", donc au bout d'un moment y avait

pas de solution. Donc pour moi c'était un coup dur, je me suis dis "c'est pas possible, c'est un échec, je peux même pas le faire moi-même", et finalement j'ai pris du recul, je me suis dis "allons-y", donc j'ai pris rendez vous à *** en décembre 2013, mon premier rendez vous, voilà. Euh donc j'ai été, au début, on parlait pas de chirurgie, on voyait un peu comment je m'alimentais, ce qui y avait, puis au 2ème rendez vous, 3 mois plus tard, je leur dis que j'avais bien réfléchi, que je m'étais bien renseignée aussi, j'avais déjà pris le formulaire du...HSA...ou un truc comme ça.

Étudiante : La HAS ?

Esma : Oui, voilà, c'est ça. J'avais tout lu, je m'étais même renseigné un peu sur les chirurgiens du coin et je leur ai dis "bon ben...je voudrais me faire opérer", et donc on me dit "très bien, on va mettre en route le truc" et puis voilà, ça s'est fait comme ça petite à petit. Et ils étaient pour, donc voilà. Après j'ai fais le parcours, avec le Dr ***, elle n'est plus là. Après avec *** la diet qui n'est plus là non plus. Non c'était ***, *** c'est la psy. Et voilà. Après j'ai connu aussi les autres parce que j'ai fais aussi l'ETP pendant l'été, de 2014 donc j'ai connu ***, l'autre psy, je sais plus son nom. Enfin voilà, j'ai connu un peu tout le monde. Et c'était bien. J'étais bien prête, nickel, donc du coup, on m'a fait passer une bonne, je crois 2-3h avec une infirmière et on a parlé et tout ça, et donc elle m'a expliqué que c'était pour le dossier, que ça passe en commission pour voir s'ils acceptent pour l'opération. Et voilà donc c'est passé sans soucis. Et du coup j'ai choisi le Dr *** à *** (hôpital). Donc j'ai, je devais avoir ma première opération le 1er décembre 2014, donc j'y ai été, et j'ai fais un choc anaphylactique de grade 3 (rire)...

Étudiante : Ah oui...

Esma : Oui... (rire) Donc du coup il a pas pu m'opérer et après ça mettait tout en suspens quoi...

Étudiante : Ça a été reporté du coup ?

Esma : Ben même pas, c'est qu'en fait on savait pas, on pouvait pas reporter tant qu'on savait pas la cause. Donc j'ai du faire des tests à *** chez l'allergologue, 6 semaines après, donc au mois de janvier, on trouvait toujours pas, c'était très dur pour moi cette période là, heureusement qu'il y avait les fêtes un peu. Et après, j'ai refais des tests en février et là il s'est avéré qu'en fait je suis allergique à 3 curares sur 4, donc du coup de suite j'ai repris rendez vous chez le chirurgien en lui disant "c'est bon, je suis allergique à ça, ça, ça, faites ce que vous voulez", donc il m'a dit "très bien, pour moi c'est bon, je suis prêt, c'est quand vous voulez, on va voir avec l'anesthésiste. Moi j'avais peur, j'étais dans un état, je leur ai dis "donnez moi un Xanax ou un somnifère, parce que j'ai trop peur", enfin voilà, ça me faisait peur de repartir sur la table et de me dire encore une fois "je vais mourir quoi", parce que c'est vraiment risqué. Donc voilà.

Étudiante : D'accord.

Esma : Et je me suis fait opérée, ils ont géré le truc avec 2 anesthésies différentes, ils m'ont bien shooté, et après tout s'est super bien passé. Ils ont répondu à mes questions, ils étaient très présents pour moi, ils voyaient que j'avais peur, que j'étais tracassé, c'était pas l'opération c'était l'anesthésie qui m'inquiétait. Et après ben...voilà.

Étudiante : Ok, donc c'était quand du coup exactement l'opération ?

Esma : Le 27 avril 2015.

Étudiante : D'accord. Et c'était quel type ?

Esma : Un bypass. C'est moi qui ai choisi le bypass pour les raisons sont simples. C'est juste que je me suis renseignée, oui je suis le genre de personne qui va pas faire n'importe quoi sans être renseignée avant. Et pus même avec l'ETP c'était clair et net, même si au début ça chamboulait un peu mais c'était simple pour moi "je suis obèse, beaucoup de gens dans ma famille sont obèses, j'avais 25 ans à l'époque, je veux avoir des enfants, je veux avoir une vie quand même, même si un jour je dois revenir en surpoids ou en obésité n°1, c'est pas grave. Mais je veux plus redevenir obèse morbide, c'est fini, c'est mettre ma vie en danger pour ça, non, c'est fini", donc pas 36000 solutions, le bypass, oui y a des cachets à prendre à vie, et alors ? C'est pas grave.

Étudiante : Ça ne vous embêtait pas ?

Esma : Oui, voilà. Donc après des difficultés, oui mais la sleeve je voulais pas me faire enlever juste un bout et que après 5 ans plus tard ça redevienne gros, pour moi, non, c'était un risque à prendre, après je sais qu'avec le bypass on peut reprendre du poids mais déjà c'est un peu plus contrôlé au niveau chirurgical, on peut pas faire tout exploser. Après c'est à moi de faire le travail à côté, dans 5, 10 ans, c'est à moi de faire attention à ce que je mange et à mon mode de vie quoi. Donc voilà, tout simplement.

Étudiante : Ok. Donc ce poids que vous aviez avant l'opération, quelle en était l'origine ? Vous me disiez que c'était de famille ?

Esma : Oui, alors mon premier régime a été donné à l'âge de 4 ans déjà, j'étais un gros bébé, je peux vous sortir le carnet de santé où il y a les poids et tout ça (va chercher le carnet de santé). Des fois ça m'amuse de le regarder et je me dis "c'est pas possible, c'est pas moi qui allait me gaver dans les placards à 4 ans quoi", donc j'ai demandé des comptes rendu à mes parents ! (rire). Parce que j'étais déjà un beau bébé, bon là c'est un peu jeune, je suis encore dans les mois....euh...1 an : 10kg, 17 mois : 13 kg, 26 mois : 14 kg, et ça commence à monter là, + 2 kg. 3 ans : "obésité : régime à suivre", j'étais à 20 kg, 20 kg c'est énorme à 3 ans. À 7 ans, ma nièce elle fait 20 kg ! (rire) En fait quand je compare comme ça, que je vois un enfant en bonne santé et que je compare avec moi d'avant, je me dis que j'étais énorme, une boule en fait ! Donc c'est grâce aux ETP, on revient vachement là dessus, et même avec l'infirmière, on revient sur le passé, quand j'ai lu ça,

j'ai pris une claque, et je me suis dis "ben finalement, c'est pas que de ma faute"...enfin on se comprend (rire). Voilà. J'ai pas tout fait pour améliorer mais c'était pas que de ma faute à la base, à 3 ans j'étais quand même très très grosse.

Étudiante : Parce qu'il y a des problèmes de poids dans votre entourage ?

Esma : Ma famille ?

Étudiante : Oui.

Esma : Tout le monde. Des grands parents, tous les gens que j'ai pu connaître dans ma famille, personne n'est maigre.

Erwan: à un moment ou à un autre, parce qu'il y a des variations.

Esma : Oui, ma sœur par exemple qui pèse 62 kg parce qu'elle fait un régime drastique et après elle en reprend 25 derrière, mais oui elle est pas obèse, elle est comme la plupart des femmes de nos jours, elle a des formes et elle a du mal à rester à un poids stable quoi. Mais donc voilà, et après ben au fur et à mesure, j'ai continué à grossir. Euh...là c'est quoi ? ...6 ans et quelques : 28 kg. Donc voilà après mes parents ils ont fait un peu attention mais je prenais du poids tout le temps. 6 ans et demi : 31 kg et là ça a monté....! Ah ouais 7 ans et demi : 37 kg. 9 ans : 41 kg, c'est le poids d'un adulte quoi. Et petit à petit, voilà. En 2000 : 54 kg, donc voilà. J'ai grossis tout au long de ...de mon âge quoi, là par exemple je vois 11 ans et demi : 61 kg, 12 ans et demi: 63 kg ! 13 ans : 75 kg ! (rire) Je suis plus légère qu'à 13 ans ! (rire) Waouh ! Ah ouais ça fait ...enfin voilà. Du coup ça a continué jusqu'à 120 kg, mais par contre j'ai jamais dépassé les 120 kg, alors est ce que c'est une bonne chose ? Je sais pas... (rire) Mais mon corps était bien à 120 kg, il n'allait pas au dessus, il a eu du mal à descendre mais il n'allait pas au dessus, donc déjà, c'était quelque chose de bien, si je pouvais me gaver ou quoi, je montais jamais au dessus, donc. c'était au grand maximum c'est 120 kg. Donc voilà.

Étudiante : Ok. Et donc tout à l'heure vous disiez "c'était pas que ma faute" ?

Esma : Oui, parce que après oui...donc voilà, j'ai été obèse depuis toute petite, donc j'ai grandi comme ça. Après, quand je suis partie de la maison à 17 ans, donc à partir de ce moment là, on vit seul, enfin on est responsable de notre propre personne, si on grossis à ce moment là, c'est notre faute aussi, parce qu'on fait pas forcément attention à ce qu'on mange ou...et puis moi avec le boulot que j'avais en restauration, je mangeais qu'une fois par jour, une bonne quantité. Donc...ça n'améliorait pas la chose non plus. Mais c'est vrai que en étant jeune, quand je dis "ce n'est pas que ma faute", parce que voilà, quand on a 3 ans et demi, c'est pas nous qui faisons à manger, qui mettons 1 kg de beurre par repas par exemple. Enfin voilà, c'est pas que de ma faute à la base. Après, je suis gourmande, quand j'étais jeune je mangeais très bien, je mangeais des conneries, des gâteaux, je disais jamais non à la bouffe, ça c'est sûr (rire). Fallait mieux nous voir en photo qu'à table, mais tous dans la famille.

Étudiante : C'était les habitudes alimentaires de la famille.

Esma : Ah oui, on mangeait bien, on mangeait bien, on manquait de rien au niveau alimentation, enfin ça c'était le point d'honneur de mon père, c'était "si vous avez faim, vous mangez". Donc...voilà (rire). Donc ça s'est enchaîné petit à petit. Bon après, j'ai été suivie hein, ben depuis toute petite voilà, par les petits médecins comme ça de la famille et tout, et après j'ai été aussi à *** (hôpital), à l'hôpital des enfants. J'ai fais plusieurs tests, pour voir si c'était pas des problèmes de thyroïde ou autre chose, enfin voilà, parce que ça peut être plein de chose et non. Tout allait bien, c'était juste que ben...ils pensaient que je mangeais mal, donc encore une fois, un rééquilibre alimentaire, là y a eu ma mère présente, donc ils lui expliquaient comment il fallait faire, parce que j'avais 10 ou 11 ans à l'époque je crois. Donc voilà ils expliquaient, ils disaient "elle peut aller au Mac do, enfin vous pouvez l'amener mais voilà, il faut manger ça et ça", enfin ils expliquaient bien les choses et en fait, on y a été je crois que 2 fois. Ça a été un peu abandonné donc...Après, plus jeune, vers 14 ans, j'avais envie d'aller dans un collège, non même 13 ans je crois même, je voulais aller dans un collège adapté pour les personnes obèses qui aidaient à faire maigrir, mais mes parents ont refusé, ils voulaient pas. Surtout mon père, ma mère bon...elle était d'accord, mais c'était mon père qui voulait pas du tout. Donc du coup, ça, voilà, j'ai pas été. Et ça a continué hein... (rire) tout doucement à monter, monter, voilà.

Étudiante : D'accord. Et donc après, quand vous avez quitté le domicile familial, comment étaient vos habitudes alimentaires à ce moment là ? Vous me disiez que c'était un gros repas par jour.

Esma : Ça oui à cause du travail surtout. Parce que quand j'étais au lycée et tout ça non, je mangeais 2 fois par jour, le matin je mangeais pas, j'arrivais pas à manger le matin, je buvais du jus d'orange et puis basta. Après je mangeais au self le midi, je mangeais correctement et le soir en rentrant, on mangeait avec mes parents, enfin voilà, on mangeait assez équilibré, euh...non on mangeait bien quand même, on mangeait pas que des pâtes à la carbonara bien grasses ou des choses comme ça, on mangeait quand même équilibré, ma mère faisait attention qu'il y ait souvent des légumes et tout ça. Même des fois on mangeait que des légumes, pas de féculents, je m'en souviens. On se faisait plaisir aussi, donc...non, je mangeais pas plus que ça en étant adolescente. Je grignotais pas énormément, non, ça pouvait m'arriver, c'était surtout au collège que je grignotais beaucoup, mais au lycée non, pas trop. Et je mangeais plutôt comme il fallait, je mangeais au self et tout ça, donc déjà les portions, bon c'est assez bien, ça suffisait largement et oui, oui. Non mais on me le disait des fois, "t'es grosse mais tu manges pas beaucoup" (rire), mais parce que les gens ils comprennent pas, c'est pas si on est gros c'est qu'on se goinfre, c'est qu'on mange Mac do tous les jours, les gens comprennent pas et je disais "ben non, oui je mange pas forcément plus que toi, oui, par contre le snickers je vais le manger je vais prendre 2 kilos et toi 500 g", c'est injuste mais c'est la vie (rire). Voilà donc oui en plus on n'a pas été habitués étant gosses chez nous d'avoir tout ce qui est snickers, nutella et tout ça, on n'avait pas. C'était "t'as faim, mange une cracotte, mange des fruits", enfin voilà, on était quand même vachement mis sur...on mange pas ces conneries là, ou c'est très rare. Le truc c'est que comme on était 4 aussi, un pot de nutella, ça partait super vite, forcément, donc mes parents ils disaient "ben quand y en n'a plus, y en n'a plus !", bon ben ok. Y en avait plus... (rire). Donc c'était rare d'avoir quand même des cochonneries. Après si, on

avait des petits gâteaux comme tout le monde quoi. Mais...non on n'avait pas forcément...on mangeait bien quand même. Un peu de tout.

Étudiante : Et quand vous avez pris votre autonomie, que vous habitez ici, avec votre conjoint, les repas comment ça se passaient avant l'opération ? Qui cuisinait ?

Esma : Avant l'opération... ah moi, oui moi (rire). Il sait pas faire cuire un œuf ! (rire)

Erwan : Elle exagère !

Esma : Euh...oui c'est moi qui cuisine. Alors après, euh...y avait un temps, on se faisait beaucoup de fast food, quand on s'est rencontré surtout, à un moment donné, on était tout le temps dehors en vadrouille, donc on faisait beaucoup de fast food et tout ça. Même lui a pris du poids. Donc on s'est dit qu'on allait arrêter un peu, on va ralentir la cadence. Mais après oui c'est moi qui fais à manger donc quand je fais à manger, ben les repas...c'est souvent équilibré, j'essaie de faire des bons repas, mais équilibrés, donc 3 choses dans l'assiette...Après...Je sais pas ça serait peut être lui qui arriverait à en parler mieux que moi, parce qu'avant l'opération...

Erwan : on mangeait normalement, y avait pas de...forcément d'excès de quantités, c'était...c'était plutôt le manque de...manger à midi, manger à 19h30. Des fois on était en décalé.

Esma : Oui, on a une vie complètement décalée, on se lève pas à 6h du matin pour déjeuner à 6h30, pour voilà. Ça on n'a pas ça, même quand il y a le travail, on n'a pas ce truc, on va pas manger à midi pile, enfin...ça marche pas comme ça chez nous, par exemple le soir si j'ai pas faim, à 20h je vais pas m'asseoir manger, parce que j'ai pas faim de toute manière, je vais pas le manger, donc je vais attendre d'avoir faim, même si le repas est prêt, au moins il est prêt et quand on a faim, on se met à table. Et puis on, nous on fait pas...notre vie en fait, elle se déroule pas avec le travail, ça veut dire c'est pas le principal truc de notre vie, même quand on travaille, enfin on travaille, enfin moi j'ai travaillé en début d'année, lui aussi, c'est pas le travail qui va nous dicter quand on fait quoi, c'est si on a envie, ben allez, après le boulot on va au ciné, ben on va ciné, "t'as faim ?, oui, ben viens, on mange d'abord, t'as pas faim, ben viens on va au ciné on mangera après".

Étudiante : C'est selon les envies.

Esma : Oui, sinon on n'a pas de vie à côté, si on se dit "allez à 20h faut manger", à *** (hôpital) on me l'a reproché plusieurs fois, mais je leur ai dis "oui mais si j'ai pas faim à cette heure ci, je vais pas manger", enfin (rire). Parce que quand j'ai pas faim, je peux pas manger, ça me bloque. Donc c'est vrai que oui on n'a pas tous les jours on mange pas à la même heure, tout ça. Alors moi j'essaie, parce que je sais que pour moi, il faut que je fasse attention à ça, j'essaie de manger quand même, quasiment à la même heure tous les jours,

comme là, j'ai mangé avant lui, parce qu'il n'avait pas faim. Moi à 12h30 j'avais faim, j'ai mangé. Parce qu'après le problème c'est que si j'ai trop faim c'est pas bon, je fais des dumping et tout ça.

Étudiante : Là vous voulez dire depuis l'opération ?

Esma : Oui, pardon, depuis l'opération je fais quand même attention. Que avant on mangeait quand on mangeait quoi. Voilà. Il pouvait être 23h, "ah ben tiens on n'a pas mangé, allez viens on mange", enfin voilà, un petit plateau télé, une connerie, de la charcuterie, du fromage, un Macdo, voilà quoi (rire). Normal ! On est jeunes quoi ! C'est pas 19h, allez, la soupe, la biscotte ! (rire). On a le temps pour ça donc...

Erwan: Mais après niveau quantité de nourriture, on mangeait toujours à peu près la même chose. Je l'ai jamais vu se goinfrer plus que moi, alors que moi j'ai quasiment eu un poids stable depuis qu'on est ensemble, et elle, elle a pris une 30aine de kilos depuis qu'on est ensemble, au fur et à mesure.

Esma : Ben j'avais maigris, de 30 kg, donc de 120 à 88 kg. Donc ça fait 32. Et je l'ai connu. J'avais déjà repris un peu quand je t'ai connu, j'étais à 95. Et puis ben voilà...par 5 kg, c'est revenu, c'est revenu...et puis voilà hein.

Erwan : Après on dit toujours que quand on se met en couple...

Esma : Ça fait grossir.

Étudiante : Oui, il y a une prise de poids.

Esma : Oui, parce qu'on sort au resto, parce qu'on se fait plaisir (rire).

Erwan : Et la contraception.

Esma : Non, j'étais déjà sous contraception. Mais ça c'est des mytho, la contraception, elle fait pas grossir, elle fait enfler un peu, parce qu'on fait plus de rétention d'eau, mais ça fait pas grossir c'est ce que tu manges qui fait grossir (rire). Enfin voilà, c'est comme le pain, le pain fait pas grossir, c'est ce que tu mets dessus qui fait grossir ! J'ai tellement entendu de fois ça, et puis c'est vrai en plus on s'en rend compte, donc voilà. Avant l'opération, je mangeais comme une jeune personne, qui se fait plaisir, mais sans excès, j'ai jamais vraiment fais d'excès, la seule...chose...qui était un excès on va dire, c'est que je faisais de la...du grignotage compulsif.

Étudiante : D'accord.

Esma : Par contre ça, depuis mon adolescence par contre, ça c'est vraiment, quand ça n'allait pas, de toute manière, c'était soit l'un, soit l'autre, si ça n'allait pas, c'est soit je ne mangeais plus, ou soit je me goinfrais, mais c'est se goinfrer ça veut dire je suis tellement mal que je vais manger une tablette de chocolat, mais je

serai encore mal après, donc je vais manger autre chose après, et puis après, puis après et puis même jusqu'à s'en faire vomir tellement on a mangé, mais ça...y a pas de plaisir finalement. Parce que ce qu'on recherchait, c'est pas la tablette de chocolat qui va nous faire du bien, non ... (rire) Mais voilà, ça c'est des choses qu'on comprend pas sur le moment, et qu'avec la psy, moi j'ai fais, j'ai beaucoup travaillé là dessus, euh...parce que c'était un des problèmes qui fallait vraiment que je fasse attention pour pas que ça revienne, parce qu'en plus avec un bypass on peut grignoter beaucoup plus facilement, ça m'arrive encore des fois, je l'avoue. Euh...mais c'est beaucoup plus contrôlé, c'est je vais jamais me goinfrer, ben déjà je peux pas avec le bypass, mais même le goût c'est écœurant pour moi, y a beaucoup de choses...le goût n'est plus le même et puis je fais attention parce que je sais que c'est psychologique, et donc si je me sens mal à ce point de bouffer mon placard entier, c'est pas la nourriture qui va me réconforter, au contraire, donc faut que j'aille plus loin me dire "c'est quoi qui va pas, affronte le problème au lieu de te mettre dans ton canapé, pleurer et bouffer ! (rire) Donc j'évite de faire ça. Mais après ça peut m'arriver de grignoter juste parce que j'ai envie, parce que je m'ennuie, parce que je suis tellement épuisée ce jour là parce que j'ai perdu tellement de poids, que je suis une loque, mais ça après voilà, c'est après la chirurgie. Donc avant voilà, beaucoup de grignotage compulsif, ça m'aide à surmonter mes problèmes, à me sentir un peu mieux, euh...j'ai eu beaucoup de dépression, donc forcément le chocolat, je le mangeais ...je mangeais beaucoup de chocolat, et puis voilà.

Étudiante : D'accord.

Esma : Je crois que j'ai fais le tour.

Étudiante : Ok. Donc du coup, après la chirurgie ? Déjà, les premiers temps, les premières semaines, comment ça s'est passé ?

Esma : La première semaine je suis rentrée chez moi, alors il faut savoir un truc c'est que le bypass, je sais pas si vous savez, je pense que si, on reste 5 jours à l'hôpital, et on mange vraiment que deux jours après l'opération. Que la sleeve ils mangent une journée avant nous quand même. C'était horrible parce que ma voisine elle avait fait une sleeve.

Étudiante : Et elle mangeait.

Esma : Ben ouais, ils lui amenaient à manger, et moi non, "oui mais toi t'as un bypass, tu attends", et j'avais faim ! Moi j'ai ressenti la faim de suite, y a plein de gens qui ne ressentent pas la faim et moi j'avais faim, mais j'étais pas bien, à chaque fois que je me levais, j'avais l'impression que j'allais tomber. Donc on m'a fait une piqure, donc j'ai mangé le jeudi il me semble oui le jeudi. Le jeudi matin, on me fait une piqure, pour voir mon sang. Et j'allais tomber, j'étais, je lui disais "je suis pas bien" (rire), depuis la veille j'étais blanche, lui il me disait "t'es vraiment blanche", et je le sentais dans mon corps que j'étais pas bien, et ma glycémie était vraiment pas bonne quoi. Donc de suite, ils m'ont amené du sucre à la tisane (rire), donc premier dumping direct, c'était bien ! Et après, bon, j'ai enchaîné, j'ai mangé, euh...à l'hôpital, j'ai bien mangé, je voulais voir en fait. Je voulais tester la contenance quoi. A la brut ! J'y allais doucement mais je voulais voir

vraiment ce que c'était, j'avais faim donc m'arrêter à 2 cuillères j'aurais pu mais j'avais encore, je sentais que j'avais encore de la place, j'avais déjà, comme j'avais vachement travaillé sur moi et sur mon corps, je ressentais déjà les choses quoi, donc j'étais "là je peux encore manger", et l'infirmière elle hallucinait parce que j'avais mangé la moitié de ma soupe, elle était là "mais tout ça ! Faut faire attention, mais c'est super bien ! " Je lui ai dis "ben j'avais faim", ben après c'était trop salé donc j'ai fais un petit dumping aussi ! (rire) Mais c'était, voilà, c'était super intéressant, et puis je savais que si il m'arrivait quelque chose, j'étais à l'hôpital, même si je savais pas trop ce qui m'arrivait au départ, j'étais là "mais j'ai chaud, qu'est ce qui m'arrive ?", ah ben oui c'est un dumping, d'accord. Donc voilà. Et puis je suis rentrée à la maison, et là c'était la purée...! La purée...! Pffff...Eh beh...La seule chose dont j'avais envie de manger, c'était des frites ! (rire) Non mais c'est horrible, parce que là c'est tout dans la tête, c'est juste parce qu'on sait qu'on peut rien manger, on veut tout manger. Non mais c'est horrible, puis on n'est pas bien, fatigué, on a un peu de douleur, il faut s'occuper les journées sont longues, puis on se fait piquer à 7h du matin, puis à 7h du soir...oh lala...non mais c'est horrible. Mais c'est pas la nourriture en fait...c'est juste...

Étudiante : De la frustration ....savoir qu'on peut manger que ça.

Esma : Voilà. Et puis des patates quoi, on n'en peut plus des patates ! 15 jours de patates on veut plus en voir après, le premier qui nous parle de patate, on le gifle ! (rire) Et c'est vrai que même manger de la purée, euh...y avait pas de consistance, et moi ça me manquait ça, et au bout de 3 jours, j'ai dis "la purée c'est bon, on va arrêter", et donc du coup j'ai fait de l'écrasé, j'ai mangé écrasé, je me suis fait aussi des coquillettes, assez vite. Et je mâchais...! Mais le plaisir de mâcher, je m'en souviens encore comme si c'était hier, c'était vraiment, je redécouvrais déjà le gout des aliments, parce que quand c'est la purée, tout est mélangé, y a pas goûts, on mange pour manger et on prend pas de plaisir, et là j'ai retrouvé déjà la sensation de mâcher, et en plus je trouvais que je mangeais moins en mâchant forcément, vu que ça mâche, ça fait marcher le cerveau et tout ça. Et c'était, ouais y avait vraiment une sensation de manger et de comprendre ce qu'on mangeait, donc, après voilà, je faisais super gaffe, parce que c'est quand même frais, je voulais pas me faire mal, donc j'allais doucement, je mâchais bien, je broyais bien, et après, j'avalais doucement, je prenais le temps, enfin je mangeais lentement et tout. Enfin voilà, après je faisais à manger, je m'activais quand même, je me laissais pas...abattre. Voilà. Après, c'était dur au début sûr, enfin c'est après, vers les 3 semaines que ça a été un peu dur, où là, les dumping commencent vraiment à arriver sur des produits, euh...on sait exactement quoi. Donc en fait, c'est quand on commence à remanger normalement, tout simplement. Parce qu'au début, de la patate à l'eau, avec un tout petit peu de beurre ou un tout petit peu de crème, enfin...c'est pas...on en met tellement peu que le corps, il réalise pas quoi. Puis du jambon, ou du poulet blanc. Voilà. Donc après, moi c'était les yaourts, alors j'étais une grande amatrice de yaourts, j'adore les yaourts, et ben, c'était fini, plus de yaourts, je pouvais plus, ça me donnait des nausées, j'étais malade après, donc dès que je prenais quelque chose, alors c'était bizarre parce que c'est que à base de vache ce qui m'est arrivé. Si je prenais des yaourt au chèvre ou brebis, ça passait. Mais dès que c'était à la vache, j'avais un mal à l'estomac, mais vraiment ça faisait une barrière et là, vite les toilettes, et je vomissais directement, mais que ce qui ne passait pas. Je pouvais manger un repas entier avant et prendre juste ce petit truc à la fin, eh ben ça allait m'enlever juste ce petit truc, tout le reste ça passait. Voilà. Donc c'était bizarre au début, je comprenais pas trop le système, comme si y avait des

balayettes en fait "toi, tu peux pas, tu sors, toi tu restes" (rire). Donc oui, niveau alimentation c'était vraiment un peu dur à ce moment là, je pense qu'au bout de 3 semaines, le corps réalise ce qui est arrivé, enfin que tout se met en place et tout. Et le gras...dès qu'il y avait du gras, c'était, ça passait pas, j'avais super mal au ventre. Ça m'a fait vomir aussi. Après j'ai très peu vomi. Dans la première année, j'ai du vomir, allez 4 fois peut être, mais c'était vraiment, souvent à cause de ça, des choses qui passaient pas, et une fois à cause de l'eau, j'ai oublié, j'ai bu... (rire) J'avais soif, je sais plus ce que je venais de manger, donc j'ai bu, oups ! Vite ! Voilà. Donc c'est vrai que y avait ça. Après y a eu quoi d'autre ? Ça c'était vraiment le point négatif, tout ce qui était gras, donc j'avais éliminé toutes les graisses, je ne prenais plus rien en graisses, c'était fini, parce que ça me rendait vraiment pas bien. Et quand je suis partie à l'hôpital, on m'a engueulé "non c'est pas bien, il faut en mettre, c'est pas grave si ça vous rend malade", donc là c'était l'été ça allait bien, elle me disait "faites vous des salades composées avec des pâtes, des machins, et de l'huile d'olive dessus, une cuillère à soupe d'huile d'olive à chaque repas", donc c'est ce que j'ai fais, j'ai repris au fur et à mesure. Donc ça passait ça. Euh...le beurre le matin aussi pareil, ça passait. Donc voilà, petit à petit c'est revenu, pareil pour les yaourts et tout ça, en fait, petit à petit, avec les mois, bon j'avais trouvé, prendre tout ce qui était à base de brebis, de chèvre, du lait ...là c'était vraiment la grande découverte de produits inimaginables, enfin voilà, du lait de chèvre, du lait d'amande, enfin tout les trucs super chers... (rire)

Étudiante : Eh oui (rire)

Esma : Mais bon. Au moins ça a aidé, comme j'étais obligé vraiment de prendre des laitages, je le faisais, et puis un jour c'est revenu, j'ai testé, un petit bout de brie ça passe, bon d'accord. Et puis petit à petit c'est revenu nickel quoi. Voilà. Donc quantités...les quantités elles augmentent au fur et à mesure, surtout dans les premiers mois, ce qui est normal, vu qu'au début, on a tellement peur de se faire mal, on mange très peu, et puis c'est gonflé je pense à l'intérieur, donc la capacité est petite. Et après vu que ça cicatrise bien, ça reste bien, est ce qu'au jour d'aujourd'hui, je mange plus que quand j'étais à 6 mois post-op ?...je pense pas...peut être un petit peu plus...mais vraiment un petit peu, c'est pas plus...

Erwan : si quand même, moi je pense...Si tu te sens bien, et qu'il y a rien qui te gêne pendant le repas...

Esma : Ah oui...ça aussi. Ah oui si il y a quelque chose qui bloque, c'est fini, je peux plus manger, c'est, ça me fait mal et du coup je suis "allez c'est bon, j'en veux plus", je suis pas bien, donc il faut que j'attende une demie heure que ça passe donc je me dis "allez je peux remanger maintenant", mais des fois voilà, du coup, on est un peu, on se dit "putin ça m'a fait mal, c'est que ça passe pas, je vais plus manger ça", donc c'est...un midi ça m'est arrivé et je me suis forcé à finir quand même mon assiette, j'ai attendu, c'est passé, j'ai ressayé, bon...ça passait donc j'ai continué, mais...c'est vrai que des fois y a des blocages, donc on mange plus du tout, comme des gosses quoi ! (rire). Mais après, ouais voilà, ça dépend, ça dépend de ce que c'est, comment c'est, la quantité, la texture aussi c'est super important, la texture des choses. Euh...on mange plus si c'est des choses en sauce j'ai remarqué, parce que je pense que ça passe mieux en fait. Euh...si y a du pain pendant le repas, on mange moins, ça gonfle vachement. Euh...aussi voilà, la boisson ça dépend de ce qu'on boit la journée, l'été c'est très dur, l'été dernier, j'ai souffert, je pouvais pas manger, dès que je mangeais, j'avais mal

au ventre, parce qu'en fait, je buvais tellement d'eau, que...enfin de la boisson, en général je buvais tellement que je pouvais pas manger, y avait pas de place, même si j'attendais hein, je buvais tellement, il faisait tellement chaud que...Donc cet été pareil, je me dis les gazpacho ça va être toute ma vie ! Et puis après j'en avais parlé à la diet et tout, je lui avais dis que finalement je mangeais pas des repas entiers, et je mangeais par contre plusieurs fois dans la journée, parce que j'arrivais pas à manger, dès que je mangeais ça me...faisait mal, puis du coup, vu que je mangeais pas beaucoup, j'étais épuisée, j'étais pas bien, donc j'avais trouvé un petit truc en fait, c'était mes repas en fait je les faisais en 2 fois, donc voilà. Et puis si j'avais vachement faim au goûter, au lieu de prendre un goûter simple, ben je me faisais des pâtes, voilà (rire). Et ça marchait hein, c'était bien, la diet m'avait dis "y a pas de soucis, c'est toi qui doit voir comment tu le sens, si t'as faim, il faut que tu manges, il faut pas que tu te laisses allez, ben non je peux pas manger, parce qu'après le soir tu vas avoir tellement faim que tu vas tomber et tu vas te...tu vas te jeter sur la bouffe alors qu'il faudrait pas, et tu vas faire des dumping", tout le bordel quoi. Donc voilà. Il faut s'adapter, c'est vraiment...quelqu'un qui n'est pas capable de s'adapter...dans la vie...il faut pas qu'il fasse un bypass je pense, ou une sleeve, je sais pas comment ça marche, mais je pense que c'est vraiment pareil, il faut pas parce que...il faut s'adapter. Tout est fait pour nous faire chier ! Y a pas d'autres mots, tout est fait, non mais c'est vrai ! Tout est fait pour nous détruire hein. En tant que bypassé, on va au resto, les plats sont immenses, on paye ça 20€, on est dégoûté parce qu'on mange qu'un quart. Euh...les buffets c'est pas cher certes, mais on n'y mange que dalle ! (rire) Les fast food, on peut mais attention, ça fait mal au ventre, on n'est pas bien après. Enfin voilà, moi j'essaie plein de choses, parce que je voulais savoir où sont mes limites, donc j'ai essayé, je sais...maintenant, mais euh...tout est fait oui pour nous rendre fou, l'été, les glaces, ouais mais c'est bon les glaces, mais le truc c'est qu'on supporte pas forcément, les glaces, moi l'été dernier, je supportais plus les glaces à cause de...je sais pas du lait ou de la crème qu'il y avait dedans. Je sais pas. C'était pas...voilà. Donc je prenais des glaces à l'eau là, sucrées. Mais voilà, tout est fait pour nous déstabiliser, et mettre aussi notre corps, voilà, toujours en épreuve, toujours. On passe dans des rayons avec plein de sucreries, et bien sûr qu'on a envie, à la base on est des gourmands la plupart de nous, ou salés ça dépend des gens, on a envie de se faire plaisir, au début faire des courses c'est ridicule, on fait des courses comme si on était 6 dans la maison, alors qu'on est 2 ! (rire) Et on mange plus rien, donc ça aussi, il faut s'adapter tout le temps, tout le temps. L'hiver s'adapter aussi. Parce que manger de la soupe ça ne sert à rien, donc il faut rajouter du vermicelle dedans si on a vraiment envie de manger de la soupe, et y a plein de choses en fait, il faut toujours toujours s'adapter. L'été pareil, une salade verte, elle sert à rien la salade verte ! (rire) Juste à se faire plaisir si on aime ça. Donc moi c'est le cas, j'aime ça, mais on en mange très peu, mais d'abord on manger les pâtes et la viande avant de manger la salade quoi. Donc voilà, tout le temps en train de s'adapter à l'alimentation, et il faut pas avoir peur quoi, je pense. Voilà.

Étudiante : D'accord. Et il y a des choses qu'ils vous avez déconseillé de consommer après l'opération ? Certains aliments, certaines boissons ?

Esma : Euh...vraiment en sortant oui, parce que le premier mois, il faut faire très attention, on nous dit qu'on peut remanger normalement au bout d'un mois. A peu près, après ça dépend des gens, mais normalement au bout d'un mois, on peut remanger normalement. Donc pendant ces 3 semaines, c'est interdiction du pain, euh...interdictions crudités aussi. Et légumes, on peut manger que à partir de 3 semaines des fruits cuits,

donc...les fruits en conserve, des choses comme ça. Parce que c'est très dur, à ce moment là, on a envie d'une chose aussi, c'est les fruits, je sais pas pourquoi mais...on a besoin de fruits, donc du coup, ben des conserves il faut acheter, c'est très bien, ça marche, et puis c'est sucré donc...puis maintenant il en existe aussi sans sucres, qui sont un petit peu sucrés au goût donc...on a ce truc quoi, on a le goût du fruit, c'est pas mauvais. Euh... Après bien sûr les boissons gazeuses c'est interdit et c'est à vie. Enfin on nous le dit pas, on nous dit "c'est déconseillé à vie, mais c'est déconseillé parce que ça vous fait, voilà, ça dilate l'estomac, c'est pas bon", enfin voilà, faut se rendre à l'évidence. Même si y en a qui boivent que de l'eau pétillante, moi j'aime pas de toute manière, donc ça me dérange pas, mais moi j'étais accro au coca, donc quand on sait ce que le coca fait par exemple sur de la rouille...je me dis "non mais c'est clair ! Pourquoi je mets ça dans mon corps !" (rire), soyons fous ! C'est...j'adorais ça, j'adorais le goût, le côté qui pique, j'étais fan de coca, c'était "tu veux boire quoi ? Du coca !", au restaurant : du coca ! Enfin voilà. Eh ben non, plus de coca, j'ai goûté...une fois, une gorgée, le goût est...immonde !

Étudiante : Ah oui ?

Esma : Le goût, mais ça m'a calmé ! Parce que je me suis dis "il a dit une fois de temps en temps vous pouvez vous faire plaisir, à Noël ou votre anniversaire", ah ben très bien, mon anniversaire tombe en novembre, et ça faisait 1 mois j'avais envie de coca, je rêve de coca quoi. Eh ben non ! J'ai bu ma petite gorgée, j'ai dis "c'est immonde, tiens tu peux le boire", et même les bonbons cocas, le goût du coca, c'est pas bon du tout, ça m'a...calmé ! Donc du coup ben, plus de boissons gazeuses. Voilà. Après on m'avait dit le sucre, diminuer le sucre, donc moi il fallait que j'enlève le sucre, ben non parce que ... j'avais réussi avant l'opération en fait, je mettais plus de sucre dans mes boissons chaudes, parce que je buvais beaucoup de thés donc si je bois 5-6 thés par jour, ça fait 6 sucres, donc j'avais compris ce qu'il voulait dire. De toute manière, en étant opérée, on boit beaucoup moins de thé vu que ça passe pas trop, donc on boit la moitié d'une tasse, enfin voilà, donc je mettais un demi sucre, même des fois j'en mettais pas du tout, et en fait, quand je prenais pas assez de sucre, j'étais pas bien, ma glycémie, elle tombait assez, donc moi je me suis dit, tous les matins je me levais, j'avais la tête qui tournait, j'étais pas bien, donc je mettais mon sucre dans mon thé, c'est la seule chose vraiment. Après qu'est ce qu'on nous a interdit, interdit...on nous interdit rien, sauf les boissons gazeuses mais parce que c'est mauvais pour ce qu'on a. C'est dangereux.

Erwan : L'alcool aussi.

Esma : Non, l'alcool c'est interdit le premier mois, à cause de ton estomac qui est en train de cicatriser, mais après non les gens qui veulent boire, ils peuvent boire, c'est leur vie.

Erwan : ça te monte beaucoup plus à la tête.

Esma : Ah oui par contre t'es bourré avec un verre, t'es bourrée de chez bourrée (rire) Bien bourrée même.

Étudiante : (rire)

Esma : Donc voilà. Après je suis pas une grosse consommatrice d'alcool non plus donc bon... Je m'en fous. Voilà, un petit verre de vin de temps en temps, et encore, c'est rare, une fois tous les 3 mois, allez soyons fous ! Donc voilà. L'alcool oui c'est a diminuer forcément, parce que de toute manière c'est pas très bon non plus. Après y a quoi d'autre ?... A long terme c'est tout en fait, y a rien, on vit comme une personne normale. Même à l'extérieur on est normal maintenant, donc personne ne le sait finalement, c'est juste qu'on mange pas beaucoup. Voilà, après on nous interdit rien je pense.

Étudiante : Parce qu'à l'heure actuelle, vous pouvez quand même manger de tout ? Comme avant ?

Esma : Ah oui. Oui.

Étudiante : Donc finalement vos courses elles ont pas tellement changé, vos achats...

Esma : Non...C'est plus pendant l'année vraiment, pendant l'année juste après l'opération, là ça change, parce que comme on a des difficultés sur certains trucs, enfin voilà, on va chercher des astuces, moi par exemple, pour tout ce qui était laitages, j'allais trouver des trucs. Et par contre si y a un truc qui a changé quand même, c'est qu'on a envie de manger plus sainement. Euh...l'explication je ne sais pas pourquoi, mais on a envie oui de manger bio, de manger bien, de...faire plus attention...de vraiment...

Étudiante : Prendre soin de son corps ?

Esma : Aussi. Alors ça dépend de quelles manières mais...oui on fait plus attention à certains détails. Mais des vrais détails, pas extérieurs, pas le maquillage et tout ça forcément, c'est plus, "ah ouais c'est vrai qu'il faudrait que je mette de la crème, parce qu'on a la peau sèche, parce qu'on n'a pas assez manger de gras, prendre des vitamines supplémentaires pour les cheveux, les ongles, parce qu'on a eu des chutes, faire attention à toujours prendre ses vitamines", enfin oui, c'est plus prendre soin de l'intérieur de son corps en fait, un bien être tout simplement. Puis aussi, niveau alimentation c'est surtout que quelqu'un qui n'est pas assez ouvert au niveau de l'alimentation, qui sait pas trop encore ce qu'il peut manger, au bout de quelques mois, quand il en aura marre de manger des pâtes et du riz, et des patates ! (rire) Il va aller chercher autre chose. Et du coup, c'est vrai qu'on s'ouvre plus à manger d'autres choses, du quinoa, des lentilles, enfin plein de choses comme ça, de l'ebly, enfin voilà, y a plein de céréales en fait qu'on cuisinait pas, parce qu'on les connait pas. Ou parce que...oui on les connait pas et ça va pas vite. Ben du coup, on cherche plus quoi, on cherche plus à aller goûter des choses différentes, et pour varier les repas. Parce que par contre ça c'est un truc, on mange peu, mais alors il faut jamais manger la même chose ! Oh qu'est ce que c'est soulant de manger la même chose pendant 3 jours ! Là encore plus en fait parce que vu qu'on mange en petites quantités, on a envie presque d'ouvrir tout ce qu'on a dans le frigo, et prendre juste un tout petit bout de tout, mettre dans l'assiette, et manger un peu de tout quoi. Et c'est vrai que ça, c'était le truc même si je mange peu, je veux manger des bonnes choses (rire). Et varier tous les jours il faut que ça soit varié, tout les jours un truc différent, ou alors si je fais une grosse marmite, je vais le mettre par exemple le midi là et le midi d'après,

mais le soir, il faut que ça soit autre chose quoi, donc oui, il faut vraiment que ça soit varié, parce que...y a plus le même plaisir de la nourriture, y a pas le plaisir gourmand, c'est on mange...parce qu'il faut qu'on mange, parce que si on mange pas, on meurt ! (rire) On tombe, on est épuisés, on est fatigués, on se sent mal. Donc il faut manger. Et après au fur et à mesure, quand les mois avancent, on redécouvre un plaisir, on redécouvre le plaisir..."ah ben tiens, je vais me faire une petite sucrerie, je vais faire un gâteau", par exemple, cette après midi, allez je avais inviter des copines, on va manger le gâteau pour le goûter, là on redécouvre le plaisir de faire le gâteau, de se dire "ah ben dans la recette c'est 100g de sucre, ben non, je vais en mettre que 60 ou 50, faut pas exagérer non plus", enfin voilà, quelqu'un qui n'aime pas cuisiner, grâce à cette opération il peut aussi découvrir la cuisine et trouver un plaisir, et justement de se dire "je sais ce qu'il y a dedans", donc ça c'est bien aussi. Enfin voilà, se gérer tout simplement, gérer les quantités, de se faire plaisir, moi y a plein de fois où j'ai fais des choses, ça me donnait envie sur le coup, et puis une fois que c'est fait, j'en veux pas. Une fois que je l'ai dans l'assiette, ben...ça veut pas. Ou je le goûte et puis, ouais non ça passe pas. On est dégoûté mais c'est pas grave, on s'est fait plaisir de le faire, les gens autour de nous adorent, se font plaisir, enfin voilà. Puis aussi, quand on écoute bien son corps, parce que ça c'est vraiment, c'est un processus à faire avant la chirurgie, si on...on veut pas écouter son corps, et on n'est pas prêt à l'écouter, qu'on fait pas tout ça bien avant, il faut surtout pas se faire opérer, parce que là, y a des gros problèmes après, c'est...surtout si on est gourmands et qu'on aime grignoter, ça c'est le plus...c'est le plus grave, c'est que quand ton corps dit stop, arrête, c'est bon, j'ai assez mangé. Même si on pouvait un tout petit plus, non... Il faut écouter, parce que là, y a un gros gâteau à la chantilly qui arrive, avant on aurait sauté dedans à pieds joints, et ben au jour d'aujourd'hui, si le corps dit "je n'ai plus faim", même si ta gourmandise et ton petit démon dit "si, vas-y, vas-y" (rire) "mange les gâteau plein de crème là, pas bon", ben il faut savoir dire non en fait, tout simplement. Mais c'est pas parce qu'on résiste, on se fait pas du mal, c'est juste parce que ton corps te dit "mais je peux pas, tu vas me donner une cuillère de ça, je vais aller vomir, je vais pas me sentir bien", donc enfin moi ça m'est arrivé plusieurs fois, et j'ai mon frère souvent qui me dit "mais comment tu fais, je comprends pas...tu veux pas ?", et puis sous mon nez quoi. "Eh ben non j'en veux pas", ça me dégoûte même en fait, y a un dégoût qui arrive...l'odeur de la nourriture, ça aussi c'est très dur, c'est quand on n'a plus faim, quand on a mangé, faut vite débarrasser, ou alors partir. Les repas de famille c'est...pfff... c'est une torture, ça dure 2 heures, nous on n'a plus faim depuis l'apéro ! (rire) C'est vrai voilà, on essaie de s'échapper un peu, enfin voilà, ça met 10 ans à arriver, tout le monde mange et mange, et mange, et nous on a juste envie de vomir, de les voir manger. Ça c'est vraiment horrible, c'est vraiment des moments très durs, et d'ailleurs y a des moments où j'ai vomi tellement j'en pouvais plus quoi, c'était...ouais, mais c'est même pas forcément de moi que j'ai trop mangé, parfois c'est juste de voir tout le monde encore manger, encore amener des trucs, c'était tellement un gros dégoût qu'au bout d'un moment, ça remonte en fait, c'est trop...Donc ça c'est le plus dur à gérer vraiment.

Étudiante : Et ça, ça vous le fait que pendant les gros repas de famille, pas juste ici quand vous êtes que tous les deux ?

Esma : Non, parce que moi quand j'ai fini de manger je me casse ! (rire)

Erwan : oui, elle passe de la table au canapé (rire)

Esma : Je prends mon assiette, je la débarrasse, et je m'assoie là, et je lui parle de dos. Il fait sa vie, il mange, mais parce qu'il mange très lentement aussi, donc c'est bien pour moi justement, mais moi c'est vrai que je mange vite, c'est un de mes défauts, et oui, une fois que j'ai finis de manger, je peux pas rester à table, même rester assis, c'est super...

Étudiante : A cause des douleurs, de la digestion.

Esma : C'est ça. Par exemple là j'ai une ceinture, ben quand je mange, je me défroque quoi, enfin je ...parce que sinon ça ne passe pas. Tout à l'heure c'est ce qui m'est arrivé et j'ai eu une douleur, ça ne passait pas, il fallait vraiment que j'ouvre mon pantalon et tout ça, et que ça tombe. Voilà. Donc faut vraiment oui, quand on a finit de manger, c'est finit. Tu peux venir avec tous les desserts formidables qu'on veut ! (rire) ça me fera ni chaud, ni froid quoi...voilà. Oh si tout à l'heure, mais pas maintenant quoi. Donc voilà.

Étudiante : D'accord. Et tout à l'heure vous me parliez un peu des repas au restaurant, que c'était frustrant parce qu'on pouvait pas manger grand chose, du coup vous y allez peut être moins qu'avant…Ou ça a changé ?

Esma : Moins qu'avant oui. Après j'y vais quand même, parce que j'ai quand même envie de me faire plaisir aussi, c'est important de se faire plaisir aussi par la nourriture. Euh...Par contre je réfléchis plus à ce que je vais prendre, un truc bête mais avant, on va vite dans les menus, de se dire, "ah 15€, très bien, on a un bon plat et un dessert plus le café c'est parfait". Au jour d'aujourd'hui, je préfère peut être payer un peu plus, juste avoir un plat à la carte, c'est un bon truc, enfin voilà. Et des fois ça revient même moins cher. Voilà. Ou même des fois ce que je vais faire c'est plutôt me prendre une petite entrée et peut être un petit dessert par exemple, si vraiment j'ai envie de me faire plaisir, bon c'est rare. Ça dépend aussi de ce qu'il prend, on se consulte vachement, "bon tu vas prendre quoi ?", enfin "ah ben tiens je prends ça et on se le partage", enfin voilà, parce qu'après y a des fois j'ai envie de choses quand même, mais je peux pas, je me dis je vais jamais manger tout ça quoi, donc voilà.

Étudiante : Donc ça vous arrive de prendre du coup tous les deux des plats différents pour après tout partager ?

Erwan : Oui, et je finis. Lundi on a été, elle avait deux assiettes de carpaccio, la première c'est bien passé, en plus y a eu l'attente, et du coup elle avait plus faim pour la deuxième, c'est moi qui l'ai terminé.

Esma : J'en ai mangé un peu mais bon. Ça aussi pareil, au restaurant, si y a plusieurs plats, même dans les repas de famille, l'attente entre, ça c'est pas possible. Nous on nous fait pas attendre en fait, parce que...eh ben du coup, le corps il se dit "ah ben tu as fini de manger ça y est", et le temps que ça arrive, et ben en fait, ça y est, la boîte elle est fermée, on veut plus, c'est d'avoir attendu, ça nous a coupé l'appétit. Ça, ça m'est arrivé

plusieurs fois et je m'en suis rendu compte, quand il y a trop d'attente entre les plats, j'ai plus faim quoi, je peux même plus manger... Mais oui voilà.

Étudiante : D'accord, donc c'est pas parce que le repas est plus long que vous pourrez plus manger sur la durée.

Esma : Ah non, non. La quantité c'est la même quoi qu'il arrive, on peut la manger peut être en une demie heure ou en 10 min, mais la quantité est la même dans tous les cas. Y a des gens ils me disent "mais prend ton temps", à quoi ça sert je sais très bien que même dans une heure je vais pas pouvoir le manger ton truc. Y a des gens ils disent "fais une pause", non, non, moi si je fais une pause, c'est finit, je peux plus, c'est vraiment je mange ma quantité et puis basta. Je me force pas après à manger plus parce que je sais très bien ce que ça donne. Donc se faire vomir c'est pas bien, c'est pas une solution. Y a des gens qui se font vomir quasiment tous les jours, je trouve ça complètement stupide, je me dis "à quoi ça sert ?". Mais voilà, c'est leur choix et c'est leur mode de vie, tout simplement. Voilà.

Étudiante : Ok. Donc maintenant, pour en venir un peu à votre perte de poids, expliquez moi combien vous avez perdu depuis l'opération et comment vous l'avez vécu finalement ?

Esma : Alors j'ai perdu entre 50 et 51 kg. Là je suis en train, je pense que je suis en phase de stabilisation. Je suis en 69 et 70, voilà, entre les deux, je varie (rire). C'est très bien. Euh...j'ai perdu plus que ce que je voulais. Bon, ça va (rire). J'avais très peur, j'avais très peur de perdre trop de poids, parce que comme j'ai jamais été mince ou normale.

Erwan : Déjà, t'es plus légère qu'à tes 13 ans !

Esma : Voilà ! (rire) Comme vous l'avez constaté, euh...je n'ai jamais connu ça, donc je ne savais pas ce que ça allait être et j'avais très peur de l'inconnu. Et finalement...euh...ça s'est bien passé la perte de poids, j'ai pas eu beaucoup de paliers, j'en ai eu qu'un seul, au mois de novembre, de je crois 2 semaines, donc vraiment un palier...ridicule.

Étudiante : Oui (rire).

Esma : Par rapport à d'autres, qui se plaignent pendant des mois, moi j'ai pas eu ça. J'ai perdu...progressivement...mais assez, c'était assez constant, premier mois, j'ai perdu...8 kg. Et à partir du 2ème, ben en fait j'ai quasiment perdu tous les mois entre 5 et 3 kg jusqu'à...février, de cette année là. J'ai vraiment perdu petit à petit. Plus au début forcément, c'était plus vers les 5 kg. Et...je crois qu'en février j'ai perdu 3 kg. Y a qu'en novembre où vu que j'ai pas perdu pendant 2 semaines, j'ai perdu, je crois 2 kg et demi ou 3 kg, quelque chose comme ça, mais voilà, c'était vraiment constant, bien.

Étudiante : Progressif. Du coup vous avez eu le temps de vous y faire quoi ?

Esma : Oui. Alors s'y faire, lui il s'y est fait. Moi...non, parce que moi j'ai pris des claques en fait à chaque fois. Chaque fois, on se voit pas. On ne se voit pas perdre au jour d'aujourd'hui, je pèse encore 100, je ne pèse pas 70 kg (rire), on ne se voit pas. Donc tous les 3 mois en fait, à peu près hein, que le cerveau comprenne ce qu'il se passe, on se regarde dans le miroir et là on se prend une bonne claque ! On se dit "oh putin, j'ai maigris, ah ouais ! Ah je suis creusée", voilà. C'est vraiment...et y a même des coups de blues quoi, qui suivent ça, parce que, c'est tellement surprenant, et c'est un choc, c'est pas parce qu'on est triste d'avoir perdu du poids, c'est pas ça, c'est juste que moralement ça fait bizarre, on se dit "merde, je suis moche en fait !", c'est tout un truc dans la tête ! (rire) On devient un peu psychopathe ! Mais c'est que c'est...c'est un travail en fait psychologique qui est super important. Et je pense qu'en fait, je sais pas si un jour ça, on réalisera, et je pense pas...je pense que jusqu'à la fin de ma vie, je serai grosse en fait, parce que je...j'ai toujours été comme ça, et je le réalise pas. Alors oui, hier j'ai été m'acheter un bermuda en taille 38, oui bon c'est plus vers 40...Ben d'accord, c'est un kiff, mais quand je me regarde dans le miroir, j'ai pas du tout l'impression que je fais une taille 38, ou alors j'avais l'impression que les gens qui me disaient qu'ils faisaient du 38 étaient super mince en fait ! Et je me trompais. Mais pourtant non...quand moi je me vois, par exemple ma sœur qui fait maintenant un 44, quand je suis à côté d'elle pourtant je suis grosse, je suis encore la grosse...

Erwan : Ben non...côte à côte...

Esma : Ben oui mais voilà. Mais après, pour de vrai, non...t'es plus mince que ta sœur, maintenant c'est toi qui donnes des fringues.

Étudiante : Et pourtant vous disiez tout à l'heure que vous le voyez dans le miroir, que vous étiez amaigrie.

Esma : Oui....mais on s'en rend pas compte à quel point...c'est choquant...là je fais des efforts là dessus et là je suis arrivée à un stade où je peux plus m'en sortir seule en fait là dessus. Il faut vraiment que je sois accompagnée, que je vois ma psy, que...c'est dur, parce qu'on sait plus trop où on est, même si on réalise qu'on a perdu du poids, on le sait, on n'est pas bêtes non plus... (rire) mais on réalise pas à quel point on a perdu du poids. Là peut être que dans ma tête je réalise que j'ai perdu du poids par exemple quand j'étais à 90 kg, pas 50 kg après...enfin voilà, c'est ça qui est le plus bizarre. C'est qu'on a toujours l'impression. Tout à l'heure j'ai pris mon short, je me suis dis "jamais je rentre là dedans", mais si Esma tu rentres, tu l'as acheté hier ton short, donc oui tu rentres dedans ! (rire) Nos yeux, notre tête, ne va pas encore avec notre corps. Donc avant c'était l'inverse, c'était on se voyait peut être un peu plus fins, moi ça allait mais voilà, on se voyait peut être un peu plus fins, et au jour d'aujourd'hui, on se voit encore gros, donc ça c'est vraiment psychologique...Et c'est pour ça que moi j'ai souvent dis à la psy "je comprends pas pourquoi c'est pas obligatoire après une chirurgie le psychologue", parce qu'alors tout ce qu'on vit, même si des gens ils se disent "ouais c'est trop bien, je revis, machin", à côté non...tu ne revis pas et tu n'es pas trop bien, faut arrêter, faut être honnête avec soi même, c'est super dur. Côté psychologique, c'est super dur, c'est une torture. À côté, vomir juste parce qu'on a mangé une carotte de trop c'est de la rigolade ! (rire) Enfin moi ce côté, le côté alimentation pour moi, était super facile, c'était le côté psychologique qui est très dur, de se dire...t'es une

nouvelle femme en fait. Et le regard des gens...non mais...J'ai envie de les frapper les gens...! (rire) Des hommes qui me regardent, mais avec un regard qu'avant on me regardait pas de la même manière.

Étudiante : Et ça vous déplait ?

Esma : Je déteste. J'aime pas qu'on me regarde, on ne me regarde pas, j'aime pas ça. C'est voilà... Avant je calculais pas, je m'en foutais en fait des gens, vraiment. Je regardais même plus, et pendant le protocole, une fois je me suis aperçu qu'on me regardait, et ça m'a fait super mal, et je me suis dis "les gens ils se disent qu'est ce qu'elle fout là, la grosse, elle va tout bouffer", enfin ça m'a fait très mal. Parce que depuis l'âge de 14 ans, je m'étais assumée, je m'en foutais des gens, ils pouvaient penser ce qu'ils voulaient de moi, ça me passait au dessus. Et pendant le protocole en fait on... on met le doigt sur ce qui ne va pas. On vous fait, on vous montre ce qui ne va pas, on vous aide à découvrir pourquoi. Pourquoi vous voulez maigrir, pourquoi y a ci, pourquoi y a ça, et du coup en fait, on ouvre les yeux, des gens se voient, peut être pour une des premières et rares fois de notre vie, on se voit comme on est vraiment, et là on se prend une claque parce qu'on se dit "ah ouais, on est énorme", et après on voit le monde extérieur aussi, comment le monde agit sur nous et comment nous on agit avec le monde quoi. Et là on se dit, mais mon dieu, c'est...c'est horrible en fait...on se fait du mal, on se fait souffrir...alors qu'il y a pas besoin. Et...c'est vrai que...c'est pas que l'alimentaire, c'est beaucoup...c'est beaucoup de ça, c'est psychologique, c'est de voir les gens comment ils réagissent, de ...les gens sont mauvais...bon ça je le savais depuis très longtemps, j'en ai beaucoup souffert et je me suis souvent battue pour que justement les gens arrêtent d'être aussi cons et méchants parce que ça...voilà, moi j'étais forte, mais y en a ils sont pas aussi forts que moi donc forcément y a des drames après et il faut arrêter parce que comme je disais souvent à Monsieur, quand y a une connerie par exemple sur Facebook, sur les gros, je disais "et si nous là, les gros, et si une fois on se foutaient de votre gueule à vous, les maigres, vous le prendrez comment ?" (rire), mais parce que ça m'énerve tellement, même au jour d'aujourd'hui, parce que je trouve ça complètement idiot ! Et ...c'est vrai que voilà, y a tout ça, pendant le protocole en fait qui nous frappe en plein tronche et on doit faire avec ! Parce que les gens à côté... si ils vivent pas ce qu'on vit, ils ne peuvent pas comprendre, Erwan ne peut pas comprendre...donc des fois je lui ai expliqué avec des mots pour qu'il comprenne, mais il ne comprendra jamais...mais ce qui est tout à fait normal...vu qu'il ne le vit pas, il n'a jamais vécu ça, et je lui souhaite surtout pas de vivre ça, parce que c'est vraiment, c'est horrible. On se sent pas bien, après on fait le deuil de notre corps aussi, parce qu'on se dit que la chirurgie arrive, on passe par la colère, par les pleurs, la tristesse, enfin...c'est tout un truc quoi ! (rire) Et moi j'avais fais le deuil de mon corps quand j'allais me faire opérer, et finalement on nous réveille on nous dit "eh ben non...!" (rire), moi la seule chose que j'ai entendu, c'est "tu resteras grosse toute ta vie !" Là je me suis dis que c'était pas possible, sérieux quoi. Donc ça m'a vraiment choqué, et oui, je suis tombée en dépression après ça et je me suis dis "non ! je veux me faire opérer", donc j'ai tenu bon et je me suis fait opérer. Elle lâche rien la meuf ! (rire) Je me suis dis avec tout ce que j'ai traversé, je me suis battue là, pendant 1 an...avec tout ça ! J'ai vu les choses, maintenant je me supporte plus, ça y est, ils ont eu ce qu'ils voulaient, je me supporte plus, il faut vraiment...enfin c'est pas eux mais comme on dit, comme c'est un travail avec une équipe, on nous aide...j'ai vu ce que j'avais à voir, j'ai pris ce que j'avais à prendre, et j'ai aussi dis "non, je peux pas rester comme ça, c'est mort, c'est fini", après si il faut que je fasse un régime drastique, plus rien bouffer, c'est pas grave je le

fais, mais je peux pas rester comme ça. J'ai pris conscience des faits quoi ! Et surtout de plus tard, je m'étais dis "je veux avoir des enfants, je veux vouloir courir après eux", et on me dit "ben non, tu peux pas..." enfin voilà. C'est tout. Tout simplement.

Étudiante : Donc vous diriez quoi comme mot de la fin que la chirurgie aurait changé dans votre vie de façon générale ?

Esma : Ma santé...c'est pour ça que je l'ai fais, et c'est ce qu'elle a changé. Elle a changé ma santé en mieux, euh...alors j'ai toujours mal partout hein, mais ça c'est parce que je maigris, c'est pas à cause de mon poids, j'ai mal parce que mon corps il se remet en place, donc ça aussi c'est très dur à supporter. Mais...je prends du plaisir à faire du sport...euh...je peux m'habiller n'importe où ! Alors ça je l'ai pas encore accepté, mais c'est en train ! (rire) C'est en train ! Je peux aller dans n'importe quel magasin, dire "ah !!! Il me faut un collant !" Et j'ai mon collant. Alors qu'avant fallait attendre 2 semaines de le recevoir par la poste parce qu'il fallait le prendre sur un site spécialisé. Donc c'est des exemples, c'est la vie, elle est plus simple. Parce que la vie est adaptée pour les gens normaux, donc du coup, vu qu'on devient dans la normalité, ben notre vie en fait elle est facilitée, tout simplement. Après...euh...c'est une bonne chose, mais il faut être prêt. Quelqu'un qui n'est pas prêt et qui le fait juste parce qu'il a envie de maigrir et d'être beau, il faut qu'il comprenne qu'il ne sera jamais beau. Et ça c'est vrai, il ne sera jamais beau, parce qu'après avoir perdu beaucoup de poids, t'es pas la starlette sur le magazine, t'as la peau qui tombe ! (rire) Non mais vraiment. C'est moche, c'est tout craquelé, y a plein de rides, enfin voilà, on peut faire aussi plus âgé, pour certaines personnes. Puis une fois qu'il y a cette peau là, y a plusieurs choix, mais à long terme, vu qu'il faut quand même attendre, avoir des rendez-vous interminablement longs... On peut le faire enlever, mais c'est par chirurgie réparatrice et non esthétique, donc ça veut dire que les cicatrices vont être vilaines, donc on sera, le corps ne sera jamais parfait, et ça il faut l'accepter aussi, avant de faire la chirurgie, pas après, sinon après c'est trop tard, on est dans le truc...enfin voilà. Et pareil, je pense que moi, y a certaines choses sur mon corps, je ne vois pas la perte de poids, parce que j'ai encore des défauts, que j'avais avant. Mais ça, je sais que le jour où je me ferai enlever la peau, par exemple à mes cuisses, c'est ce qui me dérange le plus, parce que maintenant c'est dérangeant physiquement, c'est pas moi qui fait une fixette dessus, ça me dérange. Là, je pense que quand, le jour où je verrais ma jambe fine, comme une jambe devrait être, là je pense que je me dirai "ah ouais".

Étudiante : C'est là que vous allez réaliser en fait ?

Esma : Je pense... Je pense. Parce qu'on a toujours ce surplus en fait, on a la petite bouée, le petit truc, et du coup, on n'est pas fine, on n'est pas...mais je sais que par exemple j'ai encore du ventre, mais quand je touche mon ventre, y a plus rien dedans, c'est que le mauvais gras qui reste et la peau qui est vachement...Après moi je suis quand même gâtée, enfin j'ai pas...à part mes cuisses, même les bras j'ai pas grand chose, j'en ai un peu mais c'est rien...Le ventre non plus...c'est vraiment les cuisses moi, mais ça je le savais, j'étais prête bien avant. Donc voilà. Ouais le mot de la fin c'est attention quoi. Le faire oui...mais le faire pour les bonnes causes.

Erwan : Faut prendre le temps de savoir toutes les contraintes qu'il va y avoir après.

Esma : Et un an, y a beaucoup de gens qui disent que 1 an c'est long ! Non, 1 an...mais c'est le strict minimum qu'il faut. C'est...pour prendre conscience de plein de choses et être prêt en fait. Donc oui c'est long...moi je détestais, au bout d'un moment j'en avais marre ! Je voulais y aller ! Parce qu'on est prêt en fait, on se croit prêt... On ne l'est pas vraiment...Mais...c'est surtout après l'ETP, il est super bien, tout le monde devrait être obligé de le faire parce qu'il est génial, ça nous apprend tellement de choses et on se remet beaucoup en question. Et après cet ETP, on est prêt, on peut se faire opérer le lendemain, on sait tout ce qu'il faut faire, c'est super bien ! Mais voilà, attention c'est pas facile, y a beaucoup de complications, moi j'en n'ai pas eu...mais y a des complications aussi, y a des gens qui bouffent dans des tuyaux pendant des mois après, et il faut être prêt aussi à accepter ça, de se dire "et si ça marche pas...?". Voilà. Tout simplement. Je pense que ça fait une heure que je parle ! (rire)

Étudiante : En tous cas, merci beaucoup.

Esma : Mais de rien.

Annexe I : Entretien Erwan, conjoint d'Esma

34 ans, en couple depuis 4 ans, sans enfant, photographe

Durée : 40 min

Date : 10 Juin 2016 à 15h30

Étudiante : Donc, encore une fois en mettant de côté la chirurgie, est ce que vous pouvez me parler un peu de vous, ce que vous faites dans la vie, quel âge vous avez, tout ce qui pourrait vous caractériser ?

Erwan : J'ai 34 ans, je suis avec Esma depuis 4 ans et demi. Niveau professionnel, j'ai pas vraiment une carrière dirigée, je fais pas mal de boulots, j'ai travaillé 8 ans au MacDo après mes études. Après j'ai fais pas mal d'intérim, j'ai tenté un BTS en informatique, ça n'a pas débouché, l'année dernière j'étais dans l'aéronautique, pareil, ça n'a pas débouché. Et depuis 4 ans, je suis passionné de photo, du coup maintenant, je me consacre à ça à 100%, et j'ai un peu aidé Esma de ce côté là, je l'ai accompagné avant, à faire des photos avec son surpoids, puis bon...c'est ma première modèle donc ça lui permettait d'avoir une image d'elle, avec mon travail. Et après l'opération, ça a été un travail un peu plus thérapeutique, de voir un peu les, des photos d'elle nue, une fois par mois, pour qu'elle voit un peu l'évolution. Sauf que forcément l'image au départ c'était pas flagrant, c'est pas comme prendre des mesures autour de la taille où là de suite le chiffre il parle. Là il fallait zoomer, pour voir le petit progrès. Sur les premiers mois c'était frustrant pour elle parce que c'était pas flagrant. Et du coup, maintenant, c'est le contraire, quand elle voit des vieilles photos, comme j'en prenais beaucoup, elle a du mal à les revoir quoi. Mais bon, aujourd'hui, elle prend plaisir à partager des photos plus récentes, plus...que je prends, quand elle se fait belle, quand elle prend soin d'elle, elle est fière de montrer cette nouvelle image d'elle, de partager sur Facebook tout ça, à nos amis. Du coup là dessus, ça lui fait du bien. Pour ce qui me concerne, voilà.

Étudiante : Ok, très bien. Alors après quand elle vous a annoncé la décision de se faire opérer, comment ça s'est passé, ça a été progressif, vous en aviez discuté ? Comment vous l'avez vécu ?

Erwan : C'était un peu une surprise, comme elle l'a subit elle même, de savoir que ça serait une opération la solution la plus efficace, que tout ce qui est régime, même si je lui ai jamais dis "fais un régime, ça va pas, tu as pris du poids", ça n'a jamais été moi le déclencheur de tout ça. Mais après ce rendez vous avec notre docteur qui lui a fait prendre conscience que c'était ça ou finalement, s'embêter à vie à galérer. Bon, je l'ai encouragé, j'étais quand même, si y avait besoin de l'accompagner à un rendez vous, j'étais présent, mais après elle était assez autonome de ce côté là. Tous les accompagnements, j'écoutais ce qui en ressortait, les progrès qu'elle faisait, les...comment dire...les enseignements qu'elle tirait. Et après bon...y a eu le choc de l'opération qui a échoué quoi, donc là ça a été un peu un re-départ pas à zéro, parce qu'il y avait tout l'accompagnement qui était fait, mais c'était surtout la grosse déception de finalement, tout ce qu'elle attendait depuis plus d'un an, ça a échoué, faut repartir, retrouver la cause du choc (elle a fait un choc anaphylactique lors d'une premier intervention, reportant ainsi l'opération). Et finalement ça n'a pas traîné tant que ça vu que 4 mois après, enfin 5 mois, elle a pu retourner se faire opérer. Puis là, ça s'est plutôt...tout

s'est bien goupillé. Bon, il faut s'adapter au tout départ, les repas sont plus les mêmes, elle a moins envie de faire à manger vu que si elle mangeait un petit pot, elle voudra plus me faire à manger comme avant, des bons repas.

Étudiante : Oui, donc comment ça se passait à ce moment là ? Vous vous faisiez votre petite chose de votre côté ?

Erwan : Oui, bon elle était quand même assez généreuse, parce qu'elle acceptait de cuisiner pour moi.

Étudiante : Oui, elle a toujours assuré la cuisine ?

Erwan : Oui, elle a jamais laissé tombé de ce côté là, après y avait sa mère qui était assez présente au début, et voilà, elle a été forte assez rapidement, bon y a des périodes un peu plus compliquées, avec les baisses d'énergies, pas forcément envie de passer une heure à cuisiner. Sinon voilà.

Étudiante : Et tout à l'heure vous me parliez un peu des étapes de sa prise en charge, qu'elle vous faisait des comptes rendu de ce qui avait été dit, est ce que vous l'avez accompagné à certains rendez-vous...? à des choses comme ça ?

Erwan : Ben après, tout ce qui était les quasiment une journée entière, je crois non ?

Esma : tu es toujours venu chez le chirurgien, je t'ai toujours demandé de venir au chirurgien. Après les hospit de jour, c'est trop long, on voit tous les docteurs, c'est long. Moi j'y vais parce que ça me concerne mais je vais pas lui imposer ça non plus. Il est venu une fois, il m'a accompagné pour une hospitalisation, la première d'ailleurs. Mais il est pas resté, je lui ai dis "vas faire ce que t'as à faire, reviens me chercher plus tard", parce que c'est long. Mais par contre, la dernière fois quand je suis revenue, je lui ai dis "ça serait super intéressant que tu vienne une fois voir le diet ou la nutritionniste", parce que je lui dis "tu me soule, quand j'ai faim, il faut manger, c'est pas deux heures après", et même la diet me l'a répété, il faut manger à des heures fixes. ça serait intéressant que le conjoint vienne et que lui aussi, même s'il n'a pas de problèmes, qu'il s'instruit, parce que nous on peut dire n'importe quoi, mais quand c'est le médecin qui le dit, c'est autre chose.

Erwan : Si je t'avais accompagné, presque au tout début de la préparation, voir une nutritionniste. Donc je l'avais rencontré elle, justement elle m'avait un peu marqué du doigt les mauvaises habitudes qu'on avait de manger irrégulièrement. Parce que j'avais pris conscience, enfin manger devant la télé, on est ici (me montre la table de la salle à manger) mais y a la télé allumée donc... Bon ça, ça a été un débat mais on l'a pas souvent corrigé on va dire, c'est une mauvaise habitude qu'on a gardé, et oui, après le chirurgien, j'ai toujours été là aux rendez vous importants quoi.

Étudiante : C'était des désirs de votre part, de vous deux ?

Erwan : Ben ouais de quand même rencontrer la personne qui agissait directement sur elle, ça m'a rassuré, de voir que c'était une personne posée, qui avait du recul, qui avait même de l'humour, même quand ça s'était mal passé, c'est lui qui m'a appelé le matin où l'opération a échoué, qui m'a, il a utilisé des mots...compréhensibles, même si choc anaphylactique je crois qu'il avait pas dit dès le début, mais il avait parlé d'une réaction allergique, sans m'alerter forcément de la gravité de suite, je l'ai appris plus tard dans la journée, que c'était si grave que ça. Parce que moi je lui ai dis "ben ok, elle a une allergie le matin, mais vous le faite plus tard, demain ?", il me dit "non, non ça sera pas...de suite". Et donc ouais le chirurgien, les locaux, de voir aussi où ça se passe. Après, l'opération s'est déroulé il y a un an en avril, et là j'étais présent tous les jours, je venais la voir, donc le lendemain, bon elle était un peu...un peu dans le pâté quoi...elle était pas tout à fait dans son état. Après moi les hôpitaux j'aime pas ça du tout, donc la voir branchée, les perfusions, les sondes, elle avait des liquides qui avaient coulés, du bleu...En plus je sais qu'elle se débat quand elle est attachée, quand elle est branchée, elle veut tout se débrancher.

Esma : J'ai des réveils costauds ! La première fois, je m'étais arraché le tuyau ! Enfin voilà quoi, c'est moi. Mais là non, j'étais dans le coma total... (rire) Je me souviens même plus qu'il était là.

Erwan : Voilà pour l'accompagnement.

Étudiante : Ok. D'accord. Donc après les débuts, l'alimentation, comment vous l'avez perçu, quand il y a eu tous ces changements d'un coup à la maison ?

Erwan : Ben au début, c'était vraiment les quantités réduites, donc bon moi j'essaie de continuer ma vie normalement.

Étudiante : Ça n'a pas changé la façon dont vous mangiez vous ?

Erwan : Ben si...si...ça a quand même, je crois que j'ai quand même un peu maigris à cette époque là, où je mangeais forcément moins, y avait moins de quantités à table et moins de choses grasses, moins de pain... Mais bon, ça a pas duré trop longtemps. Et après il y a eu le fait qu'elle supportait plus les produits laitiers. Ça, moi j'essaie de m'adapter par rapport à ses intolérances.

Étudiante : Parce que du coup les aliments qu'elle ne tolérait plus, ils étaient encore dans les placards et le frigo ?

Erwan : Ils ont été présents un moment, et après je me suis pas arrêté complètement de manger du fromage, j'en avais un peu, mais pour pas la frustrer, j'étalais pas un plat entier devant elle. Bon après, ouais l'étape du lait de vache, ça a duré quand même quelques temps. Moi après à part le fromage et les yaourts.

Esma : Toi tu avais tes yaourts et moi j'avais les miens.

Erwan : Je suis pas un grand consommateur.

Étudiante : D'accord, donc il y en avait quand même.

Erwan : Oui, je continuais à manger des yaourts.

Esma : Moi c'est ma crainte ça de le restreindre en fait. Et donc du coup, il y eu des fois où par exemple je servais dans les assiettes, et je me disais "mais, t'en n'as pas assez", alors je rajoutais, je rajoutais, j'avais peur en fait, vu que moi la quantité elle avait tellement diminué, j'arrivais plus à savoir la quantité normale, pour un homme normal quoi. Donc c'est vrai que des fois je lui disais "si tu en veux d'autre, il y en a dans la casserole". Après si, y a un truc qui a changé, depuis un an, tu manges mes restes ! (rire)

Erwan : Oui, oui...bon ça, ça n'a pas été depuis le début vu que les débuts, c'était vraiment des restes...

Esma : Si, même la purée.

Erwan : Ouais...après je vous ai donné l'exemple du restaurant, cette semaine, une assiette ça lui suffisait donc j'ai finis la deuxième, bon...quand c'est un petit carpaccio, ça se mange tout seul. Après le plus souvent oui, elle essaie d'équilibrer à peu près les assiettes. Bon ses quantités elles sont plus réduites, mais bon, si elle finit pas ben...pour éviter de gaspiller...

Étudiante : C'est vous qui finissez ?

Erwan : Oui. Mais ça m'a pas...ça a pas non plus d'influence, pour moi...

Étudiante : D'accord. Ok. Et avec tous les changements qui sont arrivés, vous mangez le même repas le soir, c'est la même chose pour vous deux ou y a pour elle et pour vous ?

Erwan : Depuis qu'elle n'a plus d'intolérances, qu'elle supporte à peu près tout, ben oui les menus sont identiques hein. Juste la quantité qui va varier un peu mais, elle fait des choses qui lui plaisent et moi ça me plait aussi donc...de ce côté là on est, y a pas de différence.

Étudiante : Et y en avait par contre avant, quand elle tolérait moins de choses ?

Erwan : Oui, parce qu'elle avait éliminé...

Esma : Le gras, donc des fois moi je mangeais quelque chose de plus sain. Et y a même des fois, je lui disais "tu sais quoi ? j'ai pas envie de cuisiner, moi je vais me faire un truc à la rache, vas te chercher Macdo", et donc lui, il mangeait son Macdo devant moi, moi je mangeais un truc à côté plus sain, forcément. Mais après, ouais c'était rare quand même. Ouais.

Erwan : Non, on est souvent resté sur la même longueur d'onde.

Esma : De toute façon c'est moi qui fais à manger, y a pas le choix ! (rire) Il ne s'est jamais plaint hein...

Erwan : Non, non, ça va, on s'adapte, comme tout. Et puis maintenant, on voit quasiment plus de différence. Bon après oui, comme elle vous disait les blocages, si y a quelque chose qui passe pas dès le début du repas, ben...elle va s'écarter de la table et du coup, bon ben moi je suis un peu frustré pour elle déjà. Et après de rester à table tout seul, c'est quand même pas marrant. Enfin, de savoir que elle...

Étudiante : De savoir qu'elle est pas bien.

Erwan : Si en plus avant elle s'est fait plaisir à passer du temps à la cuisine et au final, c'est pour rien. Après ça aura pas la même saveur, réchauffé. C'est toujours une période où il faut, c'est aléatoire, on peut pas savoir à l'avance. C'est compliqué, on s'adapte.

Étudiante : D'accord. Et...à distance là de l'opération, vous avez constaté que les habitudes alimentaires ont changé, globalement ? Alors outre les quantités qui ont diminué, dans les manières de cuisiner, vous me parliez tout à l'heure des rythmes alimentaires qui étaient plus cadrés.

Erwan : Oui, y a peut être un souci, même si elle l'avait déjà avant, d'avoir une assiette équilibrée, pas 500g de pâtes et à côté juste un petit bout de viande. Y a les légumes qui entrent en compte souvent. Quand on peut prendre le temps, oui y a une assiette plutôt bien équilibrée. Avant, c'était le cas aussi.

Esma : Moi je dirais moins maintenant quand même... Parce que du coup je mange moins de légumes et de crudités parce que si j'en mange trop, ça me donne des diarrhées, et de toute manière, avec un bypass, on doit manger féculents et protéines, le reste, c'est du surplus, c'est si on en a envie. Donc c'est vrai qu'on en mange quand même, les fruits et tout ça. Mais moi, j'en mange moins souvent. Dans les repas, il y en aura un repas sur deux des légumes cuisinés par exemple, ou un sur 3 repas, mais c'est fait exprès, ou alors c'est mélangé, par exemple un taboulé, tout est mélangé, c'est plus simple pour le manger, donc voilà.

Étudiante : D'accord. Donc moins de légumes qu'avant l'opération finalement.

Esma : Oui. Ah oui... Beaucoup moins.

Étudiante : D'accord.

Erwan : Ça c'est moins la priorité dans le repas. Comme elle dit, les féculents, du riz, des pâtes, tout ça. Après on n'est pas des grands consommateurs de viande, c'est peut être une fois par semaine qu'il y aura de la viande.

Esma : Non, on mange de la viande tout le temps mais pas de la viande rouge.

Erwan : Oui, voilà, de la viande rouge. C'est plus poulet, jambon.

Étudiante : Ok. Donc, et par rapport aux rythmes alimentaires cette fois, là vous mangez plus à heures régulières qu'avant ?

Erwan : Après comme en ce moment on travaille pas, on est à la maison, si on se lève à une heure correcte, on aura le petit déjeuner systématiquement dès qu'on se lève, 9h30, 10h, pas beaucoup plus tard, parce qu'après, ça décale tout. Ben après voilà, on est calés vers 13h, aux alentours de 13h, et pareil, 20h, 20h30 plutôt. Ouais après y a pas trop de retard... à moins qu'on soit en déplacement, ça sera plus pique nique, sorties, moins planifié quoi. Ou on va improviser un repas un peu plus...comme on va trouver quoi.

Étudiante : D'accord. Et vous, au quotidien, le fait de la voir manger de plus petites quantités, au départ c'était très petit, bon après c'est allé un petit peu mieux, comment vous ça vous a, comment vous le viviez quand vous étiez à table à côté et que vous aviez des portions normales on va dire ?

Erwan : Euh...Ben...c'était surtout le repas comme on avait avant où c'était, on...c'était plus classique, chacun avait son assiette proportionnée, on mangeait, je sais pas, ça nous prenais 20 min, parce qu'avant elle avait pris conscience qu'il fallait prendre le temps de manger, pas manger trop vite. Donc au départ, ben quand c'était des toutes petites portions, pour elle au bout de 2 min c'était, le repas était plié presque...Et moi je prenais toujours mes 20 min classiques, donc c'était juste un déséquilibre, pour elle c'était plié en 5 min et c'était plutôt à ce niveau là que c'était disproportionné.

Étudiante : Ok. Et y a eu une période où elle a dit qu'elle a du séparer son repas plus sur la journée, fractionner. Dans ce cas là, vous ça vous faisait quoi, ça vous tentait de la voir manger à d'autres moments de la journée, est ce que ça vous a changé quelque chose à ce niveau là ?

Erwan : Non, moi pas forcément. Moi j'ai souvent goûté dans ma vie, donc si j'avais un petit creux dans l'après midi. Elle, elle nous a expliqué qu'elle mangeait des pâtes, ça me revenait plus vraiment, que tu faisais ça dans l'après midi, ça n'a pas du arriver souvent.

Esma : Non, mais l'été dernier si, plusieurs fois.

Étudiante : Ça vous a pas marqué ?

Erwan : Non

Esma : Ben non, tu travaillais à l'époque, t'étais pas là l'après midi, souvent j'avais goûté avant que tu rentres.

Erwan : Bon, ça doit être pour ça (rire).

Esma : Mais je te le disais vu que j'avais pas trop faim le soir (rire), on attendait de manger un peu plus tard souvent. Et par contre, ce qui t'embêtais dans ces moments là, c'est qu'on se mettait à table, tu me l'avais dis plusieurs fois, que je mangeais une bouchée, que ça me faisais mal à l'estomac et là il me disait "ça m'embête quand même, t'as aucun plaisir t'arrives pas à manger", il s'inquiétait énormément à ce moment là. Ça tombait bien que j'avais mon rendez vous dans la même semaine, parce qu'on était chez tes parents. L'été dernier.

Étudiante : Oui, c'est arrivé ça des petites inquiétudes de la voir pas trop bien.

Erwan : Oui, forcément. Après on sait qu'il y a des contraintes à vie, avec des carences, à prendre des médicaments, et on se pose pas des questions du fait qu'elle perd du plaisir à avoir un moment à table, bon. Le repas de famille c'est toujours compliqué, là comme on a dit, ça dure un moment, même si c'est un moment festif, elle va se mettre à l'écart pour pas être frustrée, le temps que ça prend, de nous voir passer peut être une demie heure avant le repas des choses, qui elles, pourraient déjà lui faire un repas complet à elle toute seule. Et oui, pour moi c'est une inquiétude au départ de voir que le repas c'était plus du tout un plaisir mais une obligation.

Étudiante : C'est ça qui paraissait pour vous ?

Erwan : Oui, un peu problématique et inquiétant. Bon, c'est toujours...comme quelque chose qu'on veut pas savoir à l'avance, même si on a, une fois on a été à un resto, il y a peut être un mois ou 2, elle s'était fait plaisir avec un tartare de saumon, bon c'était un jour où elle n'était pas bien pour d'autres raisons, ben elle a demandé de l'emporter parce qu'elle l'a à peine grignoté, elle avait rien mangé du tout. Donc ouais, on va faire une sortie, essayer de se faire plaisir et finalement ben...elle va garder son plat quasiment intact.

Étudiante : Et dans ce cas, vous ça affecte aussi votre plaisir du repas ?

Erwan : Ouais...ça m'affecte quand même un petit peu, mais bon, je me suis jamais arrêté de manger non plus. J'essaie de continuer à un rythme plus normal.

Étudiante : D'accord. Ok. Alors maintenant si je vous mets dans une petite situation, si c'est un soir, vous voulez vous faire un petit repas tous les deux, qui change un peu de l'ordinaire, dites moi comment ça va se passer, qui va cuisiner, qu'est ce qui va être cuisiné, comment tout ça va se passer ?

Erwan : Ça sera surement elle aux fourneaux, moi je serais dans la cuisine, je ferais les petites tâches, préparer les...assiettes, tout ce qu'il y a à côté, mais tout ce qui est cuisson et préparation, ça sera elle. Et si on se fait vraiment plaisir...vous voulez savoir ce qu'on pourrait se faire ?

Étudiante : Oui, qu'est ce que vous imagineriez, si c'était à l'heure d'aujourd'hui.

Erwan : Peut être une bonne viande. Ouais, quand on se fait plaisir, on s'est acheté un bout de viande l'autre jour au marché. Après je sais pas moi, un gratin de pommes de terre, ça lui plait toujours ça. Peut être des fois elle a une envie, elle avait une envie de frites (rire), ça peut se faire aussi. Je sais pas moi, un dessert, en ce moment c'est plutôt les glaces, elle a envie de glace. Ouais, pas non plus une quantité excessive mais au moins un bon plat, une bonne viande, c'est sûr, un accompagnement qui a du goût aussi, comme cette semaine elle a fait, y a 2 jours, des sauces à la crème et aux champignons, ça a accompagné 2 jours de suite nos plats. Ça avait du goût. ça passait plutôt bien.

Étudiante : Ça c'est différent d'avant, le goût des plats qui a changé, c'est plus goûtu ?

Erwan : Non, pas forcément, pas plus goûtu mais...bah si, peut être qu'elle le savourera peut être mieux, de se dire ben...ça va...ça aura moins de conséquence, je me suis fait plaisir, j'ai bien mangé, je vais pas regretter le lendemain d'avoir fait un peu d'excès, vu que bon, elle continue à maigrir, elle gère bien donc...de fois elle a eu des périodes où récemment, c'était pas pendant le repas mais elle avait presque une boulimie de bonbons, elle avait envie de ça, donc elle en mangeait, elle avait toujours une petite poche, au cinéma, normal. Et bon, après ça passe, c'est des envies comme ça, ponctuellement.

Esma : ça c'est quand j'étais fatiguée, que je travaillais, en janvier, je faisais des horaires de malades et c'était dur, de reprendre un travail et tout, avec la perte de poids en fait, le bypass, faut qu'on mange assez fréquemment, en fractionnant. Et avec le travail, vu que voilà, je faisais un travail assez physique, je prenais, j'étais épuisée, j'avais pas d'énergie, même en mangeant mes fractionnements comme il fallait, des bons fractionnements, c'était vraiment des bonnes collations, j'avais pas assez d'énergie quand même pour continuer, donc du coup j'avais trouvé la petite astuce, dans ma blouse de travail, je mettais des petits bonbons, et quand je voyais que j'allais pas bien, que je sentais que ma glycémie remontait, je mangeais un petit bonbon, pour reprendre un gros coup de sucre en attendant d'avoir une pause pour manger. Et c'est vrai que ça m'a aidé, mais après c'est pas bon de faire ça à long terme, je le sais. Mais c'est vrai que sur le coup, à cette époque là. Et quand je suis épuisée, mon corps me dit "vas chercher du sucre", en prenant ce sucre là, je vais me sentir mieux, mais alors que je sais que ma fatigue n'est pas liée à mon alimentation, elle est liée à ma perte de poids, mais c'est vrai qu'à ces moments là, on va grignoter parce qu'on est tellement faibles, que le corps il cherche du sucre, donc on va manger des yaourts, des bonbons, des gâteaux, alors qu'en fait le corps il veut de la protéine. Alors on en est conscient après ça, on le travaille aussi. Mais c'est parce qu'on est épuisé en fait, finalement. Et après on peut rester à manger toute la journée parce qu'on est fatigué, fatigué, on ne peut rien faire. Mais, et le sucre ça nous aide à passer la journée quoi. Parce que sinon on ferait que dormir. Maintenant c'est de plus en plus rare quand même, y a des jours où je suis très fatiguée et j'ai envie de manger continuellement dans la journée pour trouver de l'énergie, c'est notre fuel la nourriture en fait, tout simplement. Mais après il a raison, on mange à mes envies, plus qu'aux siennes. Mais après je suis quelqu'un d'assez généreuse donc, des fois je fais des choses, je sais que moi je vais pas les apprécier mais je les fais pour lui, je fais des gâteaux, des cookies, des machins, je prends des plaisirs, par exemple les cookies, j'en ai

fait beaucoup, j'en ai mangé un, un et demi, j'ai partagé, j'ai donné aux gens, ça aussi, ce côté de générosité avec l'alimentation on le retrouve de donner au copain, d'apporter une assiette aux voisins. Qu'avant les gâteaux on les mangeait à deux facilement, aujourd'hui, c'est plus possible. Voilà, les cookies quand je les fais, je les fais pour lui, même si moi j'apprécie de manger un petit bout, c'es plus pour lui que je fais les choses. Même si moi j'en ai envie, je le fais parce que je me dis que je sais que ça va lui faire plaisir de manger un bon cookie plein de chocolat (rire)

Erwan : Oui ! (rire) ça fait toujours plaisir. (rire).

Étudiante : Ok. Alors, maintenant, dites moi par rapport à sa perte de poids, elle a quand même pas mal perdu, qu'est ce que vous, comment vous l'avez vécu, on parlait un petit peu tout à l'heure des photos...que ça aidait pas mal.

Erwan : Bon après moi, au quotidien, ça, aujourd'hui ça fait 50 kg quand même, le bilan est assez élevé, mais comme c'était progressif, moi qui suis tout le temps à ses côté, quand on prend une photo oui d'aujourd'hui et d'avant, ça paraît énorme mais...après je l'ai vu progressivement, c'est sûr qu'au contact, la différence de force physique qu'elle avait avant, bon, elle me foutait par terre avant (rire), aujourd'hui, ben, elle n'arrive plus à me bouger, j'essaie de la motiver à faire du sport pour qu'elle garde un peu de tonus musculaire, mais ouais c'est quand, c'est le contact physique qui est quand même...j'ai plus l'impression d'avoir forcément la même personne avec moi, contre moi. Après ce qui est agréable c'est que c'est beaucoup moins contraignant pour elle quand on va faire une marche, une balade, on a pris des vacances y a 2 mois, et avant ça aurait pu être elle qui était à la traîne et maintenant c'était presque moi qui l'étais sur une montée. Donc oui, de la voir dynamique et moins épuisée, plus aller de l'avant, bon sauf quand il y a les jours un peu plus fatiguée, où là elle est...en manque on va dire, comme elle disait, de fuel, mais sinon, de ce côté là, c'est que du positif, de la voir plus partante, moins "non, ben je reste à la maison, c'est pas grave, vas faire ton truc".

Étudiante : Vous faites plus d'activités ensemble maintenant ?

Erwan : Oui. Ben on s'est mis au vélo, on avait fait du vélo avant tout ça, parce qu'on en a toujours qui traînent, mais je voyais que c'était pas un plaisir pour elle de me suivre, vu la différence de gabarit, on n'allait pas à la même vitesse, moi j'aime la course et tout ça. Donc ça y fait beaucoup. Et là, quand on en a fait ce mois ci, on allait presque au même rythme, bon..elle a toujours été assez, assez bonne à pédaler, et donc ouais là ça s'est plus équilibré, il faisait beau, donc c'était vraiment très agréable. Et après, ouais au niveau de sa personnalité, le fait qu'elle ait encore du mal à réaliser, à s'accepter aussi, parce que bon...c'est pas toujours facile de...passer d'une personne en surpoids à une personne plus normale qui rentre dans la normalité finalement, maintenant elle passe partout et comme elle disait, y a le regard des autres maintenant qui est différent. Avant, c'était peut être plus les critiques, et maintenant, quand elle se fait belle, elle va peut être avoir des regards plus dragueurs. Mais bon après faut qu'elle soit plus flattée de ce côté là, après quand c'est des personnes qu'on connaissait avant et qui ignorait, que peut être aujourd'hui, ils la regardent différemment, c'est peut être ça qui la vexe, de se dire je suis la même qu'avant, c'est juste j'ai perdu 50 kg alors maintenant

on fait plus attention à moi, c'est ce côté là qui est vexant que finalement de plaire. Je pense pas que ça gêne quelqu'un...Après elle me sollicite quand même souvent pour que je la prenne en photo mais...

Étudiante : Plus souvent qu'avant ?

Erwan : Avant c'était quand j'ai commencé y a 3-4 ans, c'était ma seule...j'ai progressé avec elle, donc je la prenais souvent, souvent. Maintenant, je travaille avec des modèles autres, moi j'essaie de travailler avec beaucoup de personnes différentes, pour le contact humain, c'est pour ça que je fais de la photo aussi, partager des expériences différentes. Et maintenant ça va être peut être une ou 2 fois par mois (Esma rigole à côté), peut être moins... Mais ouais, elle aimerait plus, elle est frustrée de ce côté là, des fois elle m'engueule d'aller photographier d'autres personnes, c'est pas toujours facile.

Esma : Pour moi c'est thérapeutique, c'est important. Non c'est vrai...je lui demande de me faire des photos, on s'en fout si c'est des photos, même pas pour partager mais moi, et c'est vrai que j'ai l'impression qu'il a moins envie qu'avec d'autres personnes, d'autres filles qui sont...je sais pas...je sais pas comment expliquer. J'ai l'impression qu'il a moins envie au jour d'aujourd'hui, qu'avant.

Étudiante : De vous prendre en photo ?

Esma : Oui.

Erwan : C'est pas forcément la vérité, mais... c'est que j'ai plus envie de varier les personnes avec qui je travaille. Peut être parce que je me suis amélioré donc j'ai plus le choix aussi, je connais plus de personnes dans ce milieu là. J'ai l'embarras du choix. Et puis bon, avec Esma, si je la photographie, faut varier aussi les conditions, il faut trouver des idées, ça c'est toujours évident de toujours se renouveler quoi. Mais bon...de ce côté là, elle est assez créative, donc elle a des idées.

Esma : il trouvera toujours une excuse décidemment.

Erwan : Par contre dès qu'elle fait un spectacle, je suis présent et je fais des photos. Des vidéos et tout ça.

Étudiante : Ok. Oui d'ailleurs, vos activités, dans le spectacle, c'est récent ou ça a toujours été ?

Esma : Euh...depuis 2012 je fais du spectacle, donc Erwan aussi il en fait, on est dans une troupe ensemble. Donc je faisais aussi avec mon obésité et justement j'ai eu un moment où j'ai arrêté, j'ai fais une pause, parce qu'il fallait que je m'occupe de moi, et j'avais pas envie en fait. Je savais pas si je serais capable après ma perte de poids, de reprendre. Parce que pendant 6 mois quand même j'en ai pas fait. Et je suis remonté sur scène et c'était toujours aussi bon et finalement, je continue parce que j'aime ça. Donc c'est pas du tout, c'est ouais...c'est pas l'image de mon corps qui va changer ça. Ben après là ce qu'il va changer c'est le regard des gens plutôt, et comme c'est du spectacle et je joue des personnages, ça me dérange pas, parce que c'est pas

moi...même si c'est moi, ce n'est pas 100% moi, donc c'est vrai que là, ça me dérange pas. D'ailleurs je fais plus attention maintenant à certains points, parce que j'ai des côtés, comme je disais, la peau tout ça qui pend, c'est pas beau, c'est disgracieux, donc je vais trouver des choses, des collants exprès, pour que ça soit bien compact, euh...voilà, être...je fais plus attention à certains détails et après j'ai un ami qui m'a dit avant que je maigrisse "t'as pas peur de plus retrouver ton personnage, vu que t'es quand même, t'es différente des autres, t'es costaud, tu l'assumes, tu le montres", et je lui disais "non, je serai toujours la même personne mais avec des kilos en moins", et même au jour d'aujourd'hui, même si j'ai perdu, j'ai quand même toujours des formes, du ventre encore, des seins, enfin voilà, j'ai quand même, je suis quand même encore une femme ronde, je suis pas toute maigre, donc je reste dans mon personnage à moi, et dans ma tête, je suis toujours la même, donc je change pas, c'est juste mon physique qui est un peu changé et je pense que les gens apprécient, apprécient aussi ce qu'ils voient, et peut être même plus. On me le dit, des fois mais...je, j'en tiens pas trop rigueur, je fais ce que j'ai à faire, parce que j'aime ça, je sais que les gens avec qui je le fais, ils passent de bons moments, moi voilà, tant que c'est du plus, qu'ils sont tous contents, alors c'est bon. Si un jour ils me disent, "j'ai passé une sale soirée", ben j'arrête (rire). Je prends beaucoup en compte les spectateurs, si ils passent une bonne soirée, surtout quand c'est moi qui organise, donc voilà, il faut que ça rentre dans un cadre, que ça soit bien pour les personnes qui viennent, qui payent leur ticket, donc voilà. Après mon physique est ce que ça a changé quelque chose ? Ben je suis plus dynamique, je danse beaucoup plus facilement, je transpire moins vite, enfin voilà, je peux enchaîner des numéros assez vite, sans être en train de mourir dans les loges... voilà. La santé quoi. Tout simplement.

Étudiante : Ok. Et vous étiez conscient après coup, avec un peu de recul, de toutes ces répercussions, à la fois alimentaires et physiques, vous y étiez préparé ?

Erwan : Oui, quand elle a fait son suivi, qui a duré assez longtemps quand même, elle me prévenait des étapes, que au départ, il y aurait, le gazeux interdit, donc elle se posait des questions, est ce que je vais supporter de, d'avoir ce manque. Et finalement bon, comme elle vous l'a dit, ça s'est plutôt bien passé, maintenant elle est passée à côté, tout ce qui est coca cola, et oui j'étais au courant de tout ça. Après le physique, on peut jamais se préparer à l'avance de comment un corps va être 50 kilos après, c'est vrai que c'est toujours étonnant de la voir, quand je l'accompagne dans des magasins, qu'elle se fait plaisir avec des tailles plutôt fines, enfin...des tailles qu'elle aurait jamais imaginé porter un jour dans sa vie, sans opération. Ouais de ce côté là, vu que c'est progressif, on prend le temps de s'adapter et c'est pas brutal, c'est pas comme ci on coupait, on prenait une hache et qu'on la coupait en deux du jour au lendemain...

Étudiante : D'accord. Ok. Donc pour terminer, qu'est ce que vous diriez que la chirurgie a changé, que vous avez constaté dans la vie de tous les jours ?

Erwan : C'est un renouveau pour elle, une nouvelle chance de rentrer dans une normalité que c'est pas forcément ce qu'elle recherchait de se mouler dans la masse mais... mais que finalement ça lui va bien, ça, elle a trouvé un rythme de vie qui lui allait, y a encore des ajustements à faire parce que ça va prendre peut être un peu plus de temps, même si pour moi, la première année, c'est que du positif, toutes les petites

contraintes qu'il y aurait pu avoir, elle les a passé avec succès et qu'aujourd'hui, c'est une femme, y a encore tout le côté à s'assumer, qui va prendre encore peut être quelques temps, mais je pense que d'ici quelques années, tout roulera sur des roulettes et avec peut être une situation professionnelle plus stable, parce que ça, c'est ce qui nous fait défaut à tout les deux, c'est... c'est d'avoir une stabilité là dessus mais... on...on pourra vivre comme des gens qui n'ont jamais eu de soucis de santé, en ce qui la concerne, ça sera du passé quoi. Et puis bon, l'avantage du bypass c'est que, ça devrait, il devrait jamais y avoir de reprise, donc bon, y a pas de soucis à avoir de ce côté là, de questions à se poser quand on va manger...Voilà. Que du positif.

Étudiante : Ouais. Ok. Très bien. Merci beaucoup à tous les deux.

Erwan : Avec plaisir.

Annexe J : Entretien Cassandra, opérée d'une sleeve depuis 5 ans et demi

43 ans, mariée depuis 21 ans, 3 enfants (20 ans, jumeaux de 17 ans), assistante maternelle

Durée : 1h35 min

Date : 27 Juin 2016 à 14h30

Étudiante : Donc dans un premier temps, en mettant un peu de côté la chirurgie, est ce que vous pouvez me parler un peu de vous ? Votre âge ? Votre parcours professionnel ? La structure familiale ? Tout ce qui pourrait vous caractériser.

Cassandra : Donc je suis née en 72, octobre 72, donc j'ai 43 ans. Voilà. Euh...un frère, une mère obèse, un père normal mais qui n'a fait que de grossir depuis qu'il était avec ma mère. Famille de ma mère : tous 150 kilos, des gros mangeurs, buveurs, chasseurs, bouchers et charcutiers donc...élevée dans le Berry, donc 2 entrées, 2 plats, on mangeait tout, on se ressert, on finit son assiette, et si t'as maigri, c'est que t'es malade. Et quand t'es malade il faut manger pour guérir. Donc bon, quoiqu'il se passe, il faut manger, il faut manger. Euh, je faisais 2.9 kg à la naissance et donc ils ont considéré que c'était trop petit, trop maigre, donc ils m'ont gavé, à chaque fois que je pleurais, biberon hop. Et j'ai une photo où j'ai 6 mois et je suis une boule quoi. Je pense que déjà, ça, ça a du commencer déjà là. Comme ma mère était grosse déjà quand elle est tombée enceinte de moi, ils l'ont faite maigrir pendant la grossesse et ils ont toujours dit "comment ça se fait qu'une grosse dame comme vous a fait un si petit bébé", donc comparaison avec la mère tout le temps. Et toute mon enfance, j'ai été bien boulotte, j'ai entendu "elle est costaude la petite", donc le mot costaud pour moi c'est masculin, donc déjà j'aimais pas, donc "ah oui elle est costaude la petite mais c'est normal il faut voir sa mère", la mère est grosse donc la petite sera grosse. C'est ...on cherche pas à se poser de questions, c'est comme ça. Donc évidemment j'ai fais que de grossir au fil du temps, surtout quand mon frère est né, j'avais 8 ans et je vois sur les photos de classe, au moment de sa naissance, là j'ai mis le paquet. Ensuite à l'adolescence, ma mère me mettait au régime, euh...elle me disait "avec le physique que tu as, tu plairas pas aux jeunes de ton âge, tu plairas à des hommes qui cherchent le corps d'une femme », voilà donc toute mon adolescence habillée par ma mère, avec des habits moches comme tout, qu'elle prenait à Daxon là, les magazines de vieille, donc mal habillée, pas confiance en moi, donc...ça m'a pas aidé non plus. Ensuite...je me suis mariée en 95, donc j'avais 22 ans, et j'ai eu mon premier bébé tout de suite, j'étais enceinte pendant mon mariage. Après j'ai eu des jumeaux en 99, voilà. Donc toujours les grossesses liées au poids, surveillance du poids, les premiers, j'ai pris 10 kg, il faisait 4.2 kilos, j'ai perdu 9 kilos à l'accouchement, non un peu moins...ou si j'avais plus que 1 ou 2 kilos, évidemment je me suis mise au régime, j'ai perdu 1 ou 2 kilos, j'ai craqué et j'avais repris plus, et pour les jumeaux donc quand on m'a dit jumeaux, je me suis mis tout de suite en tête "je vais me prendre 25 kilos !" et j'étais déjà pas mal...donc ça m'a fait peur et là on m'a dit "non, non faut aller voir une diététicienne, l'objectif c'est de prendre 0 kilos, comme ça vous allez maigrir pendant la grossesse", euh 0 kilos pour des jumeaux...bon c'était peut être un peu difficile, j'ai pris que 9 kilos. Et ils faisaient 3.2 et 3 kilos prématurés, donc j'ai pris 9 kg, et j'en ai perdu 12 à l'accouchement. Donc j'ai tout pris dans le ventre, j'avais maigris du reste, et tout dans le ventre. D'où un méga tablier après, que le premier avait déjà commencé à former, qui me complexait déjà aussi, ça m'enfonçait, ça me plaisait pas ce

petit replis, j'étais toute jeune. Donc les jumeaux, boom, le tablier par dessus ! Et là encore j'ai fais des régimes, parce qu'il fallait maigrir, machin, donc tout un tas de régime, tous les lundis au régime, tous les mercredis je craquais, tous les week-end je me disais "t'en profite une dernière fois parce que lundi je me mets au régime", et donc c'était ça tout le temps. Jusqu'à la fin où je perdais plus rien, j'ai fais 2 ans weight watchers, j'ai perdu 3 kilos sur les 2 ans, en perdant, en reprenant, en reperdant, que ça... et puis à la fin, ben frustration totale, j'étais infecte il paraît, tout le temps à faire la gueule à table évidemment. Et puis ben jusqu'au jour où j'en pouvais plus, j'avais des idées noires, je me sentais, y avait une sortie organisée avec le travail de mon mari, avec ses collègues, ils devaient faire du canoë kayac et emmener les familles, et là je me suis dis "non je vais loger dans le gilet de sauvetage, je vais monter dans le canoë, ça va s'incliner, je vais me payer la honte, tous ses collègues là, les femmes sont toutes infirmières machin...ou contrôleur aériennes aussi, toutes belles toutes mignonnes, moi je vais être la grosse de service", donc là j'ai pas voulu, on a prétexté que j'avais mal au dos, je me suis "ils vont se dire que j'ai mal au dos parce qu'elle est grosse !" mais bon, je savais pas quoi dire, je voulais pas y aller, c'était impossible pour moi. Donc mon mari y a été tout seul avec les enfants, et j'ai passé le week-end toute seule à la maison à pleurer, à me dire "ça y est j'y suis, je commence à ne plus faire d'activités avec ma famille, comme ma mère"...

Étudiante : Oui...

Cassandra : Donc là grosse claque...voilà. Après ben forcément désespoir, déprime, mauvaise estime de moi, déjà que j'avais pas confiance en moi, dans les - 200...je voyais bien que je plaisais plus trop trop à mon mari, parce que quand on s'est connu, bon j'étais dodu mais finalement j'ai fais que de grossir tout le temps, plus la déformation des grossesses, donc bon...je voyais bien que ça me faisait mal de l'accepter mais en même temps je me mettais à sa place et non c'est pas appétissant quoi... Donc j'ai encore cherché une énième fois régime, et j'ai vu une émission à la télé sur les plasties abdominales, ils disaient que dans certains cas, ça pouvait être le point de départ d'un régime justement, on nous enlevait ce tablier, les gens se sentaient mieux, j'ai dis "ben ok, c'est peut être ça qu'il faut que je fasse", donc je suis allé voir un chirurgien à ***, je lui ai dis que je voudrais une plastie abdominale, et là il m'examine, gentiment hein, formidable, et il me dit "mais non, on fait une plastie abdominale quand les gens ont maigris et qu'on enlève l'excédent de peau, là si je vous fait une plastie abdominale, je fais 3 orphelins, vous restez sur la table", et j'ai pleuré, pleuré...je me suis dis c'est pas possible, j'ai aucune solution. Et là, il m'a écouté, vraiment un chirurgien humain, et il m'a conseillé d'aller voir un médecin dans le coin, qui m'a dit qu'on pouvait faire quelque chose pour moi, en plus il regardait mon corps, que je ne supportais plus, et il regardait mon corps comme un sculpteur devant son argile, qui dit "je vais faire ça, je vais faire ça, ouais, on peut faire quelque chose, oui, oui, allez voir le docteur machin et tout", et du coup, ça m'a redonné un peu d'espoirs et je suis allé le voir, on a ressayé un régime, c'est pas que ça a pas marché, j'ai pas réussi comme d'habitude, pas entièrement, ou pas longtemps, enfin bon...frustration/privation/punition, "et pourquoi moi ? Pourquoi j'ai jamais le droit de manger comme les autres ?", et je retourne la voir, lui dire que j'y arrive pas, que c'est foutu. Et là elle me dit "est ce que vous êtes contre la chirurgie ?", et moi je connaissais que le bypass, l'anneau je voulais pas, un corps étranger. Et pour moi le bypass c'était pour les supers obèses, les 150, 160 kilos, et j'y étais pas, de quoi elle me parle, et elle me dit "il y a des solutions chirurgicales, si vous n'êtes pas contre, allez voir le chirurgien qui vient de

s'installer et tout", et de là c'est parti, je me suis renseignée, et elle me dit "revenez me voir dans un mois". Moi je pensais que c'était comme l'appendicite, je vous opère la semaine prochaine, donc il fallait encore attendre un moi, et c'est là que j'ai découvert la sleeve. Et ça m'a paru être le bon compromis entre les deux, et donc on a fait le parcours, les rendez vous et je me suis dis "c'est ma dernière chance, j'ai pas d'autres solutions, c'est ça ou sinon un jour ça va mal finir", j'avais 3 enfants jeunes, mon mari, bon tout allait bien, enfin presque bien. Et donc voilà, il m'a prévenu des risques et tout ça, on en parlait tout à l'heure avec mon mari, soit j'étais un peu dans le déni et disant "il me prévient des risques c'est son boulot, comme toute opération, il y a des risques", ou alors je me suis dis je m'en fout j'accepte, je crois qu'il y avait un peu des deux, je savais que ça pouvait finir par des mois d'hôpital, une prothèse dans l'estomac, mais je me suis dis que je prenais le risque, par contre, à priori j'ai pas tout dis à mon mari...

Étudiante : Parce que lui, comment il a vécu la décision de chirurgie ?

Cassandra : Euh...ben lui m'avait dit que je lui plaisais plus trop trop, mon ventre surtout, mais c'est vrai, c'était horrible, qu'il fallait faire quelque chose. Il pensait pas à ça, donc je lui ai dis "ben voilà, je vais me faire opérer, on va m'enlever 2/3 de l'estomac", et là il s'est dit "mais non, je te demandais pas un truc aussi radical", mais oui « mais j'ai pas d'autres solutions, j'ai essayé tous les régimes, j'ai pas d'autres solutions, je veux le faire ». Et apparemment quand on en a reparlé un mois après, je lui ai pas dis les risques qu'il y avait. C'est vague, je peux pas vous dire si j'ai fais exprès ou si j'ai même moi pas vraiment mesuré les risques... j'avais peur qu'il refuse les dépassements d'honoraires, quand il m'a dit "oui pas de problème", c'était le bonheur total pour moi, et c'est plus tard, il m'a dit "mais tu m'avais pas dis qu'il y avait tous ces risques ?!", et là je me suis dis "ah bon ?" (rire). Donc voilà, c'est un petit bémol, pour lui, c'est peut être pas très sympa, est ce que je lui ai pas dit pour pas qu'il m'empêche de le faire...? Je sais pas, c'est flou.

Étudiante : Parce qu'il vous a suivi dans votre parcours de prise en charge ? Il vous a accompagné à des rendez vous, des choses comme ça ?

Cassandra : Ben le chirurgien veut rencontrer absolument le conjoint au moins une fois. Si le conjoint est pas d'accord, c'est ça qui nous embête maintenant qu'on le connait bien, c'est que si le conjoint est pas d'accord, à priori il veut pas opérer. Mais nous on lui a parlé on lui a dit "mais c'est quand même notre corps", donc le but aussi souvent les conjoints ils veulent pas parce qu'ils s'inquiètent, "c'est une opération, t'es pas obligé, t'as qu'à faire un régime, et volonté, tu vas prendre des risques". Ils ont peur pour eux, ils ont peur de nous perdre, et ça cache aussi souvent la peur que la femme, une fois qu'elle est devenue bien toute mignonne, elle parte, que lui ne lui suffise plus, enfin un peu égoïste aussi. Et donc le but d'aller voir le chirurgien, c'est d'expliquer qu'on est en obésité morbide, que c'est dangereux pour notre vie, pour notre santé, voilà. Donc la plupart du temps, les maris finissent par accepter, ils sont rassurés, tout simplement. Mais bon, mon mari était d'accord, il m'a suivi de A à Z, tout le temps. Mes enfants aussi. Sauf le grand.

Étudiante : Il avait plus de réticences ?

Cassandra : Oui, lui il avait 15 ans à l'époque et non..."je veux ma maman moelleuse, je t'ai toujours connu moelleuse", il a fallu lui tirer les vers du nez, il avait peur de perdre sa maman. Il voulait sa bonne grosse maman qui l'attend à la maison, qui fait des gâteaux. Donc lui ça a été un peu plus dur, il rajoutait du sucre dans mon café pour pas que je maigrisse trop...

Étudiante : Ah oui...

Cassandra : Petit à petit je lui ai expliqué que c'était pas juste pour être plus jolie, c'était la santé, pour pas être comme mamie, parce qu'on a bien vus les effets que ça a eu sur ma mère donc bon...Après ça l'a rassuré, il a vu qu'il perdait pas sa maman pour autant. Et les jumeaux ils avaient 11 ans, eux...bon déjà ils sont tous les deux, ils sont fusionnels, donc ça joue aussi, ils m'ont dit "ben écoute si t'as envie de le faire, si t'es mieux comme ça, ben fais le, nous on est d'accord", donc c'était vraiment différent pour les deux.

Étudiante : Eh oui, ils ne l'ont pas vécu pareil.

Cassandra : Non.

Étudiante : Parce que c'était il y a combien de temps du coup ?

Cassandra : Il y a 5 ans et demi.

Étudiante : D'accord. Ok. Donc expliquez-moi comment étaient vos habitudes alimentaires, avant la chirurgie, vous me parliez de régimes, frustration...? C'était ça ?

Cassandra : C'était ça. Euh... Mon mari est sportif, fais attention à son alimentation. Moi je venais d'une famille où c'était viande, charcuterie à tous les repas, fromage, et "reprend du fromage pour finir ton pain", alors que lui dans sa famille c'est "non, le fromage ça coûte cher, si il te reste du pain, tu reprends pas du fromage quoi", et eux ils sont très basés sur les aliments qui sont bons pour la santé, et mauvais pour la santé, y a les bons et les mauvais, et du coup, quand on s'est rencontré, comme j'étais un peu dodu, il m'avait déjà dit "ça serait bien de maigrir un peu, faire du sport, manger plus de légumes", donc y a toujours eu l'alimentation entre nous deux... Ce qui fait que moi je le prenais mal, parce que c'était pas méchant de sa part, tout ça je l'ai compris qu'après, et en mettant tout à plat avec lui, mais c'était "tu devrais manger plus de légumes", et moi ça voulait dire "ben t'es grosse".

Étudiante : Oui, c'était conflictuel...

Cassandra : Voilà, moi c'était me faire remarquer "t'es trop grosse", faire du sport pareil, il m'a toujours, il est très sportif, il voulait me mettre au sport, mais c'était dans le but de maigrir... donc c'était un peu le conflit et bon... j'étais en conflit, enfin j'étais dominé par ma mère, niveau alimentaire, niveau vestimentaire, comportement, elle me dirigeait comme un petit pion là, et puis après j'avais l'impression d'être dominée par

mon mari "manges ci, manges ça, fais du sport, fais pas ça". Donc je me sentais pas...je me sentais tout le temps agressée ou punie, ou pas aimée pour ce que j'étais, il aurait toujours fallu que je sois autrement que ce que j'étais. J'avais les cheveux raids, ma mère aurait voulu que j'ai les cheveux frisés. J'étais ronde, il aurait fallu que je sois plus maigre, j'ai le dos vouté, il aurait fallu que j'ai le dos droit, de dire ben "et moi vous me prenez pas pour ce que je suis ? Faut que je change tout le temps pour quelqu'un d'autre", donc l'alimentation c'est un peu le conflit et du coup petit à petit, je me suis mise à manger en cachette, dès que j'avais une contrariété, que je me sentais seule, abandonnée, il suffisait qu'il aille faire un footing, je me sentais abandonnée, triste...et donc j'allais manger mes gâteaux dans le placard, jusqu'à sortir en voiture, aller en acheter, jeter dans une poubelle dans la rue, pour qu'il y ait pas de traces, enlever le ticket de caisse, payer en espèce pour pas que ce soit vu, enfin bon des trucs...calculés...mais c'était un moyen de me consoler. Donc voilà, tout le temps à essayer de maigrir, d'être tout le temps différente, maigrir, maigrir. Avec lui, on avait une alimentation très saine, donc le problème, je mangeais beaucoup, et puis surtout je mangeais en cachette. Et comme, alors j'essayais de me faire vomir, plein de fois, si ça repars, et j'y arrivait pas, je suis pas une vomisseuse, quand je suis malade c'est très rare quand je vomis, et puis ça me fait peur, j'aime pas ça. Donc je prenais quelques fois des laxatifs ou des trucs comme ça, pour me dire il faut que ça parte d'une manière ou d'une autre. Mais ça avait quand même eu bien le temps de me remplir le corps. Euh...donc voilà, alimentation saine, équilibrée, bien.

Étudiante : C'est vous qui cuisinez ?

Cassandra : Oui, oui. Pas de plats tout prêts, ou rarement en tout cas. C'est moi qui cuisine, j'étais mère au foyer au départ donc je me donnais le devoir de tout faire bien, correctement, pas de petits pots pour les enfants, enfin bon, des fois je faisais même mon pain, ma pâte à tarte, je me disais, et puis c'est plus sain. Alors au départ c'était contraint par les habitudes alimentaires de mon mari qui voulait m'imposer des bonnes habitudes, c'était pas méchant de sa part même s'il fallait bien encaisser. Et après c'était par conviction.

Étudiante : Donc c'est devenu des habitudes.

Cassandra : Oui, et que je transmets à mes enfants. La matière première qu'on transforme nous mêmes, pour éviter les graisses cachées, les sucres cachés, toutes ces cochonneries, donc je les ai initiés à avoir de bonnes habitudes alimentaires et à définir les goûts, les saveurs, les textures. Voilà. Donc sur nous 5, y a moi qui ai des problèmes de poids, ma fille qui était un petit peu dodue, donc ça, ça m'a beaucoup beaucoup contrariée, parce que je revoyais, je me revoyais moi en elle, et je voulais briser, je voulais pas qu'on me dise "ah ben de toute façon, la mère est grosse, donc la fille sera grosse", je voulais pas ça. Ma mère a attendu que je sois trop grosse pour me mettre au régime, moi je voulais éviter que ma fille soit grosse, parce que les régimes on sait maintenant que ça marche pas, et plus on en fait, plus on grossit. Donc j'avais cette angoisse, de surtout pas que ma fille soit grosse. Parce que mes deux garçons nickel, 2 grandes asperges, ça aurait été les garçons, j'aurais fait la même chose, donc pour ma fille, c'était vraiment difficile, parce que je voyais qu'elle prenait du ventre, elle est bien dodu, et donc j'essayais de la priver un petit peu et on rentrait en conflit, comme elle est jumelle avec son frère "oui, pourquoi lui il a ça et pas moi, pourquoi il en a plus que moi ?", donc il fallait lui

expliquer, "lui c'est un garçon, toi t'es une fille, lui il fait du tennis, toi tu joues aux Barbie, tu dépenses pas, puis les filles elles prennent plus de gras que les garçons", tout un tas de trucs, je me disais qu'elle était trop jeune pour que je lui dise ça mais en même temps, je me dis "il faut lui dire tout ça", et puis elle est pas bête, elle comprenait très bien. Et après, donc quand je l'empêchais de se resservir, c'était le conflit, et puis arrivé l'été, surtout au bord de la mer, quand elle se mettait en maillot de bain, ou en short, "oui, t'as vu, je suis grosse, à cause de toi, tu me laisses trop manger", donc dans les deux cas, c'était de ma faute, conflit permanent entre elle et moi. Moi, j'étais déjà en conflit avec mes kilos, mes régimes, vouloir plaire à mon mari, continuer à lui plaire et tout, je me disais je peux pas en plus porter le problème de ma fille, et je me projetais, c'était malsain tout ça, et je voulais pas reproduire ce qu'on m'avait fait, mais je savais pas comment faire. Enfin bon...et j'ai trouvé le REPOP, pour l'obésité des enfants, donc je l'ai inscrite là bas, ça, ça a été dur, parce que premier rendez vous, ils demandent taille et poids des parents, donc je voulais pas le dire, j'avais dis au médecin," vous voyez bien que je suis en surpoids", mais je voulais pas le dire c'était la honte. Mon mari il ne sait toujours combien je pèse, il ne sait pas combien je pesais, je me garde bien de donner mon IMC, parce que je sais qu'avec la taille, il peut retrouver donc je voulais pas dire mon poids. Et puis un jour, la diététicienne m'a dit "vous projetez trop votre histoire c'est pas l'histoire de votre fille, et justement vous faites en sorte de ne pas reproduire, donc relâchez", et donc je lui confie son problème de poids, et moi c'est à ce moment là, j'avais trouvé l'opération, donc je vais me faire opérer, ouf...chacun son truc... Par contre la diet m'avait dit tout de suite "non, faut pas faire ça, on perd du poids trop rapidement, on a des carences", mais j'étais lancé, elle peut me dire ce qu'elle veut. Et pareil, c'était mon problème et on était là pour parler du problème de ma fille.

Étudiante : Voilà. Oui.

Cassandra : Donc terminé. Mais, tout ça c'est pour dire, ça ramène aussi, beaucoup à ...enfin pour moi en tout cas, et certaines autres personnes, ça ramène à ce qu'on a vécu, ce qu'on veut pas reproduire, pourquoi ma mère m'a laissé grossir ? Pourquoi elle a attendu que je sois grosse pour me mettre au régime ? On se dit que c'est pas normal. Et un jour elle m'a dit "oh ça aurait été ton frère, j'aurais fait ce qu'il faut pour pas qu'il soit gros, un homme c'est pire, je supporte pas un homme gros, mais une femme ça passe mieux, elle peut mieux trouver un mari", donc sympa... Donc tout ce que j'avais encaissé, je voulais pas le refaire subir à ma fille et je voulais briser le truc, c'est pas parce qu'ils sont tous gros dans ma famille qu'ils vont tous être gros dans les générations à venir ! Non, faut que ça s'arrête. Donc c'est quelque part, casser quelque chose, mais c'est aussi recouper le cordon...et ça c'est un peu difficile...

Étudiante : C'est sûr.

Cassandra : Un peu mal pris par ma mère.

Étudiante : Cette opération ?

Cassandra : Oui au départ. Et moi ça m'a réveillé des souvenirs, j'ai fais plein de cauchemars, je savais que c'était réactivé par l'opération, mais je voyais pas le rapport. Et un an et quelque, j'ai été voir un hypnotiseur, pour arrêter de fumer, on a fait des séances, ça n'a pas marché. Mais à la fin de la séance, je lui dis "ah, il faut que je vous parle d'un autre problème, je fais tel cauchemar depuis des années, c'est réactivé depuis mon opération, je comprends pas pourquoi ?", et lui il a trouvé, et c'était encore un lien entre mes grands parents qui sont morts, et le fait de refuser l'obésité, pour moi c'était refuser leur amour. Et donc il m'a fait une séance en me disant "ils vous ont transmis leur amour, les liens familiaux, l'hérédité, les gènes, tout ce qui fait que vous êtes ce que vous êtes, mais il y eu une erreur, ils ont transmis l'obésité, mais c'était pas intentionnel", enfin bon on a fait toute une séance comme ça, il m'a appris à couper ce mauvais fil par rapport à tous mes jolis petits rubans là d'amour d'affection, machin. Et depuis, je n'ai pas refait ce cauchemar. Et je pense, bon je retravaille et oui je me dis on décide un changement, et quelque part on renie des choses, alors je veux pas renier ce que j'étais, j'ai brûlé beaucoup de mes habits, j'en ai gardé un seul, parce que je me suis dis "je peux pas renier toutes ces années de vie, je me suis mariée, j'ai eu mes enfants, je veux pas le renier", mais quelque part je veux...

Étudiante : Faire le tri.

Cassandra : Oui, oui...Voilà, donc ça bouleverse sur beaucoup de plans et ça je m'y attendais pas, moi je pensais juste il va m'opérer, je vais maigrir quoi. Voilà. Et en fait ça change plein d'autres choses.

Étudiante : Eh oui. Donc dites-moi, les débuts après la chirurgie, comment ça s'est passé, quand vous êtes rentré à la maison, comment ça s'est passé pour vous avec l'alimentation ?

Cassandra : Alors avec mon chirurgien, c'est 15 jours liquide et 15 jours mixés, pour bien cicatriser, pas faire péter les agrafes et tout, ça j'avais très peur, et pour moi c'était comme une ordonnance, il faut tu dois faire ça, donc j'ai fais ça (rire), je me suis pas posée de questions, c'était pas marrant, je faisais à manger, ou mon mari, moi j'étais très fatiguée, donc il y avait à manger pour tout le monde. Alors je me nourrissais des odeurs, le poulet comme ça, je reniflais (rire), le jus de poulet, bon ben voilà, je me suis nourrie des odeurs pendant quelques temps et puis j'ai bien respecté mes bouillons, et mixé, liquide au départ, petit à petit au bout d'un mois, quelques morceaux qu'on mâche, ça j'ai super bien respecté.

Étudiante : Et à ce moment là, vous cuisiniez le repas normal pour votre famille et vous à côté vous aviez votre ?

Cassandra : Oui, bouillon, du gazpacho, ça c'est resté dans la famille parce que je peux plus l'encadrer le gazpacho (rire), dilué parce que j'avais peur que ce soit trop épais, du danao, ça me faisait du lait, des fruits, ça changeait les goûts, et puis des tisanes, du café, pas tout de suite, j'avais peur que ce soit irritant pour les agrafes. Donc j'ai attendu un petit peu. Du thé, des tisanes...des trucs comme ça.

Étudiante : Donc vous n'aviez pas de mal à reprendre tout de suite la cuisine pour votre famille dès le début ? Ça ne vous a pas posé problème ?

Cassandra : Non, parce que pour moi, c'était comme un traitement, je prenais l'anti reflux gastrique pendant un moi et vous mangez liquide et mixé pendant un mois, donc ça faisait partie de la convalescence de l'opération, donc je faisais à manger pour les autres et moi...

Étudiante : Donc pas de frustration ?

Cassandra : Non, j'avais mon petit verre de bouillon.

Étudiante : Vous mangiez quand même avec eux ?

Cassandra : Oui, oui, à table. Et le temps de boire le petit verre, ça prenait 20-30 minutes, le temps que eux mangeaient en fait. Donc non...cette phase là, j'ai pas le souvenir que ça a été difficile, non.

Étudiante : D'accord. Donc après, petit à petit, vous avez repris une alimentation a peu près normale ?

Cassandra : Oui. On a été invité à un mariage, ça faisait 29 jours peut être, le mois faisait 30 ou 31 jours, j'étais invité à un mariage, je suis allé voir le chirurgien "qu'est ce que je fais ? J'y vais, j'y vais pas ?, vas falloir manger", j'avais peur moi, c'était un mois de traitement, donc il m'a dit "ben vous mâchez beaucoup beaucoup pour que ça soit réduit en purée et puis voilà, pas de gazeux", l'alcool, j'aimais pas trop ça avant donc ça me gênait pas, "allez y, vous verrez bien ce qui passe, ne vous inquiétez pas", mais ce besoin d'avoir le feu vert du chirurgien, il m'aurait non, j'y serait pas allé. Alors que j'en vois beaucoup maintenant qui ne veulent pas respecter 15 jours liquides, 15 jours mixés, alors ça dépend des chirurgiens. Mais non, ils sont pressés de re-manger tout de suite, donc ça je comprends pas...on a passé tous les examens, on a attendu, lui il a fait son boulot, j'ai pas eu de complications, et prendre le risque de tout faire péter parce que les gens veulent manger, c'est la base de notre problème déjà, manger trop et pas bien, on se fait opérer et tout ce qu'ils veulent c'est re-manger (rire), donc ça, ça me dépasse. Donc je suis allée à ce mariage, j'avais dis à mon mari "tu finis, tu prends ma coupe de champagne", puis j'étais à une table avec de la famille de la mariée que je connaissais pas, on va parler, finalement, c'est peut être passé inaperçu, donc je disais à mon mari "de temps en temps, tu pioches dans mon assiette, tu bois mon champagne", donc bon, j'ai géré le truc, je pense que celui à côté de moi a du remarquer que je mangeais pas beaucoup mais..ça me...je faisais quand même attention, enfin toujours dans le truc "ah ben elle doit être au régime, parce qu'elle est grosse, elle est au régime", mais en même temps je me dis quand on est à un mariage, on n'est pas là pour faire le régime non plus, donc c'était ridicule. ça c'est mon problème, toujours à imaginer les autres ce qu'ils vont dire, ce qu'ils vont penser, c'est une prison. Petit à petit avec l'opération, j'ai réussi à faire tomber quelques barrières. Donc voilà, et après pour re-manger les morceaux, j'y allais à l'envie, je me suis jamais forcée, si ça me faisait pas envie, je me disais que j'allais pas le digérer, j'avais peur de pas digérer, de vomir, peur d'être malade, enfin bon, donc je me disais que je mange que ce qui me fait plaisir, ce qui me fait envie. Tout ce qui avait une

odeur un peu douteuse, beaucoup de choses avaient une odeur après, pour moi "ah non, ça doit être pourri, j'aime pas", je surveillais l'odeur, et vraiment si ça me faisait envie ou pas, par peur. Et quand j'ai remis des aliments nouveaux, j'y suis allée un par un, parce qu'un matin, j'avais fais une orange pressée pour un de mes fils et j'avais bu une toute petite gorgée, et après j'avais bu du café, et j'ai mis 3 heures pour digérer, et je me suis dis "c'est le café ou le jus d'orange ?", je savais pas, donc maintenant un aliment nouveau, comme ça si je digère pas, je saurais que c'était ça. Donc un truc nouveau après l'autre, voilà.

Étudiante : Oui, je vois.

Cassandra : Un jour, alors le pain, j'ai regretté d'en avoir re-mangé, au départ j'en mangeais pas, c'est quelques mois après, je me suis dis que ça pouvait passer, j'avais envie de pain et de fromage, donc j'avais dis "mon repas de midi ça sera du pain et du fromage", j'ai mangé ça, je me suis fais plaisir, c'était super, je me suis dis le soir je vais rééquilibrer avec des légumes, parce que toujours l'optique d'avoir de tout, équilibré, pas trop gras, machin. J'étais plus au régime mais c'était pas pour autant qu'il fallait exagérer aussi, donc j'ai mangé mon petit pain, mon petit bout de fromage à midi, j'étais super contente, et donc j'ai vu que le pain passait. Et ça, je trouve c'est un piège, parce que le pain attire le beurre, le fromage, le nutella, et je me dis mince, j'aurais mieux fait de continuer à croire qu'il fallait pas que je mange du pain. Ça c'était une des premières choses que j'ai regretté. Et un jour aussi, j'avais encore l'infirmière donc, enfin c'est une copine, alors je sais pas si elle passait pour le café, j'avais, c'était pareil, les premières fois où je re-mangeais normalement et je voulais de la mousse au chocolat, envie de mousse au chocolat, je suis très sucrée, et donc j'avais mon petit pot de mousse au chocolat et cette copine infirmière me dit "dis donc c'est peut être pas ça qu'il faudrait que tu manges", et là, boom, tous les souvenirs d'avant "manges pas ci, manges pas ça, t'as pas le droit, il faut pas", oh ! Et là, j'ai dis non mais attends, je me suis faite opérer pour pouvoir manger de tout, la différence c'est que là je vais manger un tiers du pot, je vais pas manger le pot en entier. Et là, ça a été une des premières fois où je me suis dis "ça suffit, j'ai agis, vous me foutez la paix, maintenant c'est moi qui dirige"

Étudiante : Voilà.

Cassandra : Je sais ce que je mange, comment et pourquoi je le mange. Donc c'était un peu une manière de dire à tout le monde "la ferme", toutes ces années on m'a dirigé, ben maintenant c'est bon, je suis réveillée, vous me laissez faire. Et ça c'est nouveau hein (rire), ça fait bizarre ! Donc là je me suis dis ouh pas intérêt qu'on me fasse des réflexions, soit ça va me faire du mal, soit je vais me défendre ça va sortir, et je me suis aperçu qu'après l'opération, ben ça sortait, j'ai eu l'impression plusieurs fois que le cerveau, c'était comme l'estomac, qu'il était rempli plus vite. Tout ce que j'encaissais avant, les remarques, les regards, les machins, là c'était saturé. Donc ça partait, parce que là j'avais plus le refuge d'aller bouffer. Et quand ça me traversait l'esprit, surtout les 2-3 premières années, je me disais "non, j'ai pas fait tout ça pour recommencer !". Maintenant c'est un peu plus dur, parce que l'opération est plus toute fraîche, on n'est plus dans le truc, tous les jours "ah t'as maigris, t'es belle !", ça y est, y en a même qui ont oublié que j'étais opéré.

Étudiante : C'est la routine ?

Cassandra : Oui, on oublie comment j'étais avant, et maintenant c'est dur. Très dur, ça fait peur.

Étudiante : Et à distance de la chirurgie, comme ça, vous pouvez manger de tout, en aussi petites quantités qu'avant, comment ça évolue là, à distance ?

Cassandra : Je mange de tout, ce qui a toujours été difficile c'est la viande, certaines viandes, surtout la viande rouge, parce qu'une fois que c'est mâché, c'est sec, ça fait mal, bon. Et puis on en mangeait déjà pas beaucoup avant. La viande pas trop. Euh... Oui je remange de tout, pas de boissons gazeuses, ou alors c'est vraiment juste, soit je touille vraiment beaucoup et je bois une toute petit gorgée histoire de dire tu as le goût, mais c'est tout. Ça par contre, c'est...c'était le pain et les boissons gazeuses, pour moi c'était fini à vie. Le pain on m'a dit que je pouvais en manger, les boissons gazeuses je me l'interdis, ça c'est bien rentré, ça me manque pas plus que ça, et j'ai peur qu'à la longue ça re-dilate, ou ça redonne des envie de sucré, non, j'ai déjà bien assez de problèmes, je vais pas m'en rajouter. Mais donc oui je mange de tout toujours en petites quantités, mais plus qu'au début. J'ai moins les signaux, au début c'est vraiment, j'avais l'impression d'en avoir jusque là (montre sa gorge), la petite cuillère de trop qu'on laisse...ça je l'ai plus, et ça me fait peur...parce que je m'aperçois que je mange quand même plus qu'avant et avant ce qui était bien c'est qu'il y avait le signal, donc je savais que je pouvais pas dépasser. Et maintenant, toujours ce problème de confiance en moi, et de gourmandise...

Étudiante : Parce qu'elles sont encore là les envies ?

Cassandra : Ben oui... on n'a pas faim, mais on a envie de manger. Et puis ben moi j'aime bien manger...bien sucré (rire). Je cuisine, j'ai des enfants, bon ben...voilà. Donc j'ai peur de remanger trop et puis de retomber dans le truc "non, ça y faut pas, j'y ai pas droit", je veux pas me remettre au régime, mais j'ai plus ce signal là, et j'ai encore pas mal d'années à vivre et j'ai peur de ce que ça peut donner. Mais je pense aussi, les tous premiers temps, bon, je parle que de moi, je m'écoutais, parce qu'on m'avait dit "il faut apprendre à écouter son corps, les signaux", alors là j'étais à fond, je m'étais jamais autant écoutée que les deux premières années, c'était nouveau pour moi, commencer à s'aimer, s'écouter, j'écoutais tous les besoins les désirs des autres, mais pas les miens, et je pense qu'il faudrait, et c'est ce que je fais, de la sophro et tout, pour me replonger justement dans ce truc là, me dire "mais les signaux ils étaient là au départ, ils doivent forcément encore être là mais je les écoute plus, ou pas assez", donc me replonger déjà visuellement dans la quantité, me dire "au départ, c'était ça", bon les 6 premiers mois ça compte pas, c'est au bout d'un an qu'on voit à peu près que c'est régulé. Donc je pense à cette période, ça suffisait ça. Et je me dis souvent "ça suffit, j'ai pas besoin de plus, j'en ai envie mais pas besoin", parce que pendant ces deux première années, je mangeais que ça et je suis pas morte de faim, c'est là qu'on se dit quand même qu'on mange beaucoup trop...parce qu'avec le peu que je mangeais, boh j'étais fatiguée oui, mais bon je suis pas morte non plus. Donc voilà, toujours le « j'ai envie de » et « j'ai besoin de ». Donc réécouter les signaux et là par contre, où ça me gêne d'être en famille, ça peut être dur pour les autres, c'est de manger avec eux... ça c'est dur. Et j'en connais plein qui préfèrent manger

seuls au repas. Alors le but aussi, avant on était au régime, déjà j'avais mon assiette différente des autres, bon...je finissais avant, parce que j'avais pas beaucoup à manger, je faisais la tronche et tout ça. Donc l'opération c'est censé aussi nous remettre une vie sociale et familiale, donc je me dis que je vais pas manger à part si j'ai été opéré quand même, parce que c'est tout le reste de ma vie quand même. Mais manger avec eux, entrée, plat, dessert...du jour où j'ai remangé un petit peu d'entrée, je crois que là, j'ai commencé à remanger un petit peu plus, parce qu'avant c'était plat et c'est tout, à 4h, dessert. Puis au fur et à mesure du temps c'était un petit peu moins de plat pour manger du dessert, mais après c'était du plat et du dessert. Et quand on est tous en famille, si je fais une entrée, ça va être un petit peu d'entrée, un peu de plat, un peu de dessert, plus une bouchée de pain, machin, et finalement ça fait plus.

Étudiante : Vous pensez que c'est le fait d'être, de voir manger les autres qui vous incite à manger un petit peu plus à chaque fois ?

Cassandra : Oui. Et le fait qu'ils mangent vite, ça, ça m'a beaucoup perturbé, et maintenant que ça passe mieux, j'ai plus de douleurs, je mange plus vite aussi... Alors je sais pas, c'est peut être des excuses encore que je me trouve, c'est pas de leur faute, ils vont me dire "ben tu n'as qu'à prendre ton temps", au début, je prenais bien mon temps...bon...mais ou des fois quand on n'a pas le temps, ils sont encore plus stressés, je trouve que ça crée, inconsciemment, de les voir manger plus vite,, ça me fait manger plus vite aussi, le fait de les voir débarrasser, donc hop, je finis ma dernière bouchée, pffff... Des fois je dis "mais c'est bon quoi...", je sors, je suis pas bien. Y a des fois, j'aimerais bien manger toute seule...

Étudiante : Parce que du coup, comment se passent vos journées, vous mangez donc le soir ici tous en famille, et le midi ?

Cassandra : Euh...ben mon mari est souvent là, donc on est au moins tous les deux, le grand donc lui il n'est plus là maintenant, il fait ses études, mais les jumeaux, ils étaient soit disant à la cantine, mais quand même souvent là, parce que y a pas cours, donc ça fait trop de pause, donc on est quand même souvent tous les 5, 4 ou 5 midi et soir.

Étudiante : Parce que vous avez une activité professionnelle en ce moment ?

Cassandra : Oui, mais je travaille que le matin et pas tous les matins ?

Étudiante : Vous faites quoi ?

Cassandra : Là en ce moment je suis nounou, donc tous les midis je suis chez moi.

Étudiante : Ok.

Cassandra : Et en fait, j'ai pas souvent de repas où je suis toute seule, soit y a mon mari, soit y a les gamins, soit c'est les vacances, le week-end, les mercredis, je suis pas souvent toute seule.

Étudiante : Et parfois ça vous arrangerais pour être au calme, prendre le temps.

Cassandra : Oui, et puis pas être tentée, parce que moi je me ferais mon petit truc, ça tente aussi de faire des choses pour tout le monde là, pour eux tous.

Étudiante : Parce que vous mangez différemment des autres au quotidien ?

Cassandra : Ben je mangerais peut être pas de tout. Voilà.

Étudiante : Eux mangeront une entrée, un dessert...

Cassandra : Oui, un peu de fromage...Si je leur fait des féculents, souvent je fais des légumes quand même avec. Moi toute seule j'aurais peut être réparti que des féculents, avec la viande, en me disant ce soir je mange des légumes. Et le fait qu'il y en ait à tous les repas, ça me tente plus. Au tout début, quand je réintroduisais aliment par aliment, finalement, j'étais quand même à table avec eux, mais j'avais ma petite assiette différente, ben je trouvais que c'était pas si mal que ça. Pour moi c'était plus facile. C'est le piège...d'avoir tout sur la table, de les voir manger, manger vite, c'est...tentant. Je trouve que c'est dur.

Étudiante : C'est moins facile à gérer que d'autres repas plus exceptionnels type restaurants, invitations, etc. ?

Cassandra : Euh...c'est presque aussi dur finalement à la longue, parce que c'est tous les jours pour moi, quasiment tous les jours où justement j'ai plus ma petit gamelle calibrée, comme au début, en me disant, "non ça je peux pas, j'ai pas encore remangé de ça", vous voyez... Ce qui est dur, c'est les repas aussi, les repas d'anniversaire, ou Noël, ou des trucs comme ça, bon là c'est pareil... y a l'envie... Alors tant que j'étais bridée par la douleur...bon voilà de toute façon même si j'avais envie je pouvais pas...Maintenant si j'ai envie, j'essaie...ouais...et ça passe quand même...Mais là où je me dis quand même que je suis pas ....parce que j'ai toujours la peur d'avoir fait ça pour rien, machin, quand je sens bien que c'est plein avant, comparé à ce que tous les autres ils mangent, je me dis "ne t'inquiète pas"... Mais...des fois je me dis "oh purée, j'aimerais bien avoir mon estomac quand même, bouffer une grosse part de gâteau...", mais ça me traverse l'esprit, je revois les photos, je me dis j'en serais malade pendant 3 semaines à me mettre au régime parce que j'aurais mangé une part de gâteau, enfin bon...est ce que ça vaut le coup...? Tout ça pour bouffer, parce que moi je disais plus manger, je disais bouffer...Mais...quand c'est les restos à volonté ou des trucs comme ça, c'est un peu tentant.

Étudiante : Comment vous gérez justement les restaurants comme ça ?

Cassandra : Euh ben mon mari finit mes assiettes. Lui, il n'a pas grossit, il peut se permettre, il fait du sport et tout ça. Et puis il y a le label baria qui nous permet d'avoir des assiettes plus petites. Et sinon, je prenais une

entrée à la place du plat, par contre j'ai toujours fait mon petit choix, comme je suis plus sucrée que salée, je préfère économiser un peu sur l'entrée et puis payer un bon dessert, enfin, bon dessert sachant que je le finis pas mais il me fait envie. Donc après y a les serveurs qui disent "mais madame, c'est une entrée ça", "oui, oui je sais" (rire). Bon des fois, si mon mari a très faim, on calcule avant "si je prends ça, tu finiras", ou "qu'est ce qui te fais envie ?", comme ça je sais qu'il va finir après. Puis y a des fois je me dis même si c'est pas ce qu'il aurait pris, donc je prends mon truc pour moi, parce que ça me fait plaisir, s'il finit pas tant pis, mais je me fais plaisir, un petit peu plus penser à moi aussi.

Étudiante : Ok. Donc finalement ici au quotidien, à la maison, vous cuisinez de la même façon qu'avant ? Y a pas eu d'énormes changements vu que vous cuisiniez avant équilibré.

Cassandra : Alors je faisais peut être plus attention quand même au début, au gras et au sucre, en mettre encore moins que ce que je mettais avant. J'ai même eu une période, avec les bouquins qui sont sortis "no sucre" et tout ça, j'ai plus mis de sucre ! Les gamins ils commençaient à ...! (rire) Bon, donc ils m'ont bien fait comprendre que ça n'allait pas durer...voilà (rire). Donc y a des moments comme ça, où je m ressaisis en me disant... J'ai eu ma folie de la pastèque, l'an dernier, tellement j'ai souffert plus de la soif que de la faim, parce que j'avais pas faim. Mais alors la soif c'est monstrueux, terrible. Et les deux derniers été, en fait je mangeais de la pastèque, parce que ça me faisais du jus, ça me rafraichissais et tout. Et c'était devenu une drogue, à chaque fois que j'allais aux courses "ma pastèque !", donc les enfants se moquaient de moi. Des fois je mâchais le morceau, je faisais couler bien le jus, et je recrachais parce que justement j'en pouvais plus. Donc j'ai eu des petites folies sur certains aliments comme ça et puis...au début surtout j'avais tendance à plus faire assez. Parce que je comparais par rapport à ce que moi j'allais manger, donc la soupe et puis, on passait au dessert. Et eux ils me regardaient "ben y a rien d'autre...?", et moi "ben non, ça suffit", "oui mais nous on n'est pas opérés, on a faim" (rire). Donc c'est là que j'ai dis..."ah ouais quand même", parce que j'ai eu ma période où je me disais que tout le monde mangeait trop en fait... "ils mangent tous trop !". Donc quelque part, je voulais surement un peu les restreindre, mais aussi quand je comparais à moi, que je m disais "un peu de soupe et le dessert, ça ira"... Donc plusieurs fois ils m'ont fait comprendre "ben c'est tout ?", je mettais de la salade et une tranche de jambon et dessert, boom. Ils auraient aimé autre chose. Et puis un jour aussi, j'avais invité des amis, j'avais fait une raclette, la première que je remangeais, ça faisait presque deux ans d'opération. Et j'ai pas fait assez de pommes de terre, parce que je me suis dis "moi, une demie pomme de terre donc les autres...", et puis avant j'en faisais toujours trop, la bouffe à profusion, donc moi, ça m'a recalé d'en faire moins, donc j'ai fait mes petites patates, et puis mon copain me fait "t'as d'autres pommes de terre ?", oh ! "Ben non...", et là je me suis dis "mince, j'ai résonné trop par rapport à ma quantité qui finalement et loin d'être la quantité des gens normaux". Donc ouais ça m'est arrivé quand même souvent de pas faire assez.

Étudiante : Oui, quelques ajustements à faire.

Cassandra : En famille aussi. Mes parents, bons mangeurs là, j'ai vu que des fois...ça devenait trop diététique là (rire). Et pas assez en quantité ! Oui quand même. Maintenant je réajuste, je pense que je me dis "eux ça va pas leur suffire", donc je fais plus. Mais le problème c'est qu'en faisant plus, ça me tente...voilà. Après, je

peux pas les priver non plus...Plein de fois c'était comme ça avant, des fois je n'achetais pas, quand ils étaient petits, j'achetais des gâteaux que j'aimais pas, comme ça, j'étais sure de pas aller les bouffer dans le placard et être sûre qu'ils aient leurs gâteaux, voilà. Donc je me dis que pendant toutes ces années, j'ai l'impression que c'était centré autour de moi..., mais dans le négatif quoi. Donc bon, je voulais pas les mettre au régime vu que c'est moi qui avais un problème, et je veux quand même qu'ils aient tout. J'ai été opéré mais il faut pas que ça transforme tout eux aussi.

Étudiante : Oui. Donc à l'heure actuelle, vous vous êtes réhabitué à cuisiner comme avant en fait ?

Cassandra : Oui, en moins grandes quantités quand même.

Étudiante : D'accord. Donc vous pensez que même tous les autres membres de votre famille mangent moins depuis l'opération ? Vu que vous cuisinez moins ?

Cassandra : Alors comme ils ont eu la période adolescente, les ados, on sentait qu'ils avaient vraiment faim, donc...c'est tombé en même temps. Voilà. Je pourrais pas trop trop vous dire...Mon mari peut être de temps en temps a du trouver qu'il mangeait beaucoup ou peut être ça a joué un petit peu, le fait que je mange moins, qu'il y ait moins de chose, peut être qu'ils se sont dit "je vais manger moins", peut être oui... On a quand même beaucoup parlé d'alimentation, le gras, le sucre...ça a été l'occasion, enfin le sujet de beaucoup de discussion depuis l'opération. L'addiction, le fait de manger quand on est triste...maintenant qu'ils sont grands...quand ils avaient 11 ans, quand j'ai été opéré, je pouvais pas trop leur...et puis je voulais pas rentrer dans le détail...j'avais assez honte comme ça. Et depuis on en parle beaucoup.

Étudiante : C'est devenu moins tabou en fait l'alimentation depuis ?

Cassandra : Oui. Et puis ils ont mieux compris, enfin, par leur âge aussi mais le fait que grâce à l'opération, j'ai pu déverrouiller des choses et en parler. Alors qu'avant c'était le tabou, parce que j'avais honte et j'étais mal, j'ai pu leur dire que quand j'étais pas bien, j'allais manger des gâteaux...Alors après "pourquoi ? Qu'est ce que ça t'apporte de manger des gâteaux quand t'es triste, moi je le fais pas", surtout mon grand, qui lui était un peu anorexique, rapport conflictuel avec l'alimentation. Alors lui pas assez et ma fille trop. Voilà ! (rire) Donc c'était dur donc lui il comprend pas qu'on se jette dans la bouffe, au contraire, il m'a dit "moi quand ça va pas, je m'arrête de manger", ah...bon déjà pas facile de lui faire comprendre. Déjà ce problème qui a été posé un jour ouvertement, pareil, conflit avec moi, "pourquoi tu manges pas ?", donc un jour, j'ai appelé le centre *** à ***, et puis je leur ai expliqué tout ce qui se passait. Alors quand on est une maman déjà, on se fait agresser par les médecins parce qu'on est angoissé, et quand on est en plus une maman grosse...on s'en prend plein la tronche...Mon premier qui était donc maigre...les yeux cernés, on lui a fait des radios plusieurs fois, constipé, on pensait à des occlusions, refus de manger, il cachait la bouffe sous sa chaise, alors qu'on était à côté on voyait pas, il commençait à nous parler d'aller vomir après manger...bon...Tout ça, j'en parle au médecin, j'explique. Et comme moi j'étais grosse, il se disait "ah ben elle, tout ce qu'elle veut c'est un gros bébé !", mais ça c'est une insulte...déjà je men sentais insultée, jugée, et justement, un jour j'ai réussi à la dire

je sais ce que c'est les problèmes de poids, je veux pas que mon gamin soit gros, mais y a une différence entre être gros et dans son cas, se priver de manger, parler de vomir...à 6 ans il m'a dit "je suis végétarien, je ne veux plus de viande"... et dès qu'il savait lire, il lisait les étiquettes, le gras, le sucre...bon...

Étudiante : Ah oui...

Cassandra : Et moi en face, ben je me prenais "de toute façon, c'est pas étonnant, vu comment elle est, elle veut gaver son gamin !", ça c'est dur parce que justement je voulais pas reproduire, rentrer dans le schéma, je voulais pas que mes enfants soient gros, se dire "la grosse elle a fait des petits lardons là", non, non, surtout pas...Donc ça c'était dur. Et après, quand je commençais à dire pour ma fille "ben je trouve que la courbe de poids elle est quand même plus écartée que la courbe de taille.", "oh mais non, elle est bien vous inquiétez pas", et là j'ai eu l'effet inverse. Très tôt j'ai vu qu'elle a fait le rebond d'adiposité là en avance, je voyais bien...je suis pas idiote, j'ai fais des études, je voyais bien...eh ben non, là c'était l'inverse. Donc avant, on me disait "vaut mieux qu'il soit trop maigre que trop gros", et puis un jour j'ai dis "je trouve qu'elle est un petit peu trop grosse" et "non vous inquiétez pas"...Donc finalement...grosse et maman...on a tout faux ! Ça c'est terrible. Donc du coup ça créé beaucoup de dialogue avec mes enfants et puis donc au sujet soit de se priver quand on n'est pas bien, soit de manger quand on n'est pas bien... Donc autant pour le grand que pour ma fille. J'ai mon frère qui est alcoolique, donc ça aussi c'est une addiction, on en parle avec les enfants, parce qu'ils le savent bien, ils le voient bien et je leur dis "tonton il boit, quand il est pas bien, moi mon truc c'est manger, mon cerveau me dit vas manger", ça s'était bien calmé les deux premières années après l'opération mais petit à petit, parce que la vie continue, on a les mêmes problèmes après qu'avant, et les kilos sont pas la source de tous les problèmes...donc ça aussi, on s'aperçoit qu'on mettait...c'est là où j'en veux un peu à mon mari, il mettait en cause, enfin, il accusait mes kilos de certains problèmes, alors qu'en fait non...et ça c'était bien pratique pour être dans le déni de lui, ne pas voir...voilà, ça c'est dégueulasse je trouve...ouais. Donc ça créé des conflits qu'on a su traverser parce que je vois souvent le chirurgien par l'association, ça m'a appris aussi plein de choses, en voyant qu'on change de caractère, on change de plein de choses, "ok c'est la sleeve, je me prends un peu la tête, j'ai appris à dire non". Donc pendant 20 ans on a dit oui,oui, et puis on va bouffer dans son coin pour encaisser. Et puis un jour on dit non..."ah, qu'est ce qui lui prend ? Elle a toujours dit oui", donc ça c'est dur je comprends pour l'entourage.

Étudiante : Parce qu'avec votre perte de poids, ça a entraîné des changements aussi dans l'affirmation de vous même, de votre caractère ?

Cassandra : Oui...Alors...c'est pareil j'ai beaucoup réfléchis, ça n'a pas changé mon caractère, ça m'a permis d'éclore...et c'est là où je revendique, non je n'ai pas changé, je suis devenue moi, c'est pas une renaissance, c'est presque une naissance en fait, tout ce qui était étouffé par les kilos, les complexes, manque de confiance et tout ça, j'ai appris à avoir une meilleure estime de moi, avoir plus confiance en moi, je me suis découverte des forces, des qualités que je soupçonnais même pas, et du coup ben...ben pareil c'est nouveau et...Parce que mes enfants étaient adolescents peut être j'ai fais le rapport, mais je trouve que ce qu'on vit, les 2-3 premières années après l'opération, c'est comme une crise d'adolescence, on passe du rire aux larmes, de crier, claquer

les portes, on maîtrise pas, ça monte, c'est des émotions, ça monte, ça sort ! Waouh ! (rire) Donc plein de fois je suis retournée voir mon mari, lui dire "je suis désolée, je t'en ai mis plein la tronche, j'ai pas maîtrisé, c'est sorti, c'est nouveau pour moi", c'est nouveau pour eux mais aussi pour moi. Et c'était au moment où j'allais voir l'hypnotiseur justement, j'avais peut être pris un peu trop confiance en moi, je me servais de ça, je faisais un peu du chantage quoi, avec le recul..."oui, moi avec ce que j'ai fais, ce que j'ai enduré, j'ai souffert, j'ai fais l'opération, alors toi je te demande ça tu peux le faire", voilà, c'était "avec ce que j'ai fais, toi tu peux faire ça", donc "ça j'en veux plus, je veux plus que tu fasses ça, ça avant je supportais maintenant je ne veux pas", enfin j'y suis allée un peu fort, et donc l'hypnotiseur m'avait dit, c'est comme un psychologue "maintenant c'est bon, vous avez fait passer vos messages, va peut être falloir vous calmer, votre mari est pas idiot, il a entendu, il a compris, jouez pas avec le feu", et ça rejoint finalement ce qu'on nous dit, que beaucoup divorcent et tout ça, c'est que ben quand on est dans cette phase où on dit non, on crie, on crie, on peut se laisser emporter par la vague, à vouloir trop profiter de nos ailes qui poussent, ça pourrait nous faire monter un peu trop haut et après il faut redescendre, donc ça m'a calmé. Ce qui m'a calmé c'est aussi la reprise de poids...

Étudiante : Parce que donc y a eu une perte au départ, et après...

Cassandra : Perte, stabilité, chirurgie réparatrice...et après chaque chirurgie réparatrice, j'ai repris un petit peu...Jusqu'à, au bout de 3 ans et demi, où là j'ai repris toute l'année...Pas grand chose, 100, 200g par mois...au début on se dit "bon, j'ai peut être pas fait assez pipi, je suis constipée", parce que ça la constipation, c'es une souffrance. Comme je refaisais du sport, j'ai du faire des muscles, donc toujours, mais au moment où on se rend compte que non ça fait 6 mois que ça dure, un an ... là le choc de dire "ben voilà...je suis vouée à être grosse parce que dans ma famille ils sont tous gros, j'ai voulu essayer, t'as joué, t'as perdu", là j'ai eu une grosse déprime de me dire que j'avais fais tout ça pour rien ! "T'as beau faire tout ce que tu veux, c'est marqué dans tes gènes, tu seras grosse tout le temps"... Là ça a été hyper dur et puis ben reparler à la diet, la psy, ben être à l'association, parler un petit peu avec la sophrologue, me dire "non...merde...je me suis fait opérer, j'ai prouvé que je pouvais casser le cercle vicieux, non je retomberais pas, j'ai repris ok, mais je reprendrais pas tout et stop, il faut que je reprenne les rennes de tout ça, repenser à moi", mais en même temps la confiance, j'y pensais hier justement, la confiance que j'avais gagné avec la perte, est repartie avec la reprise de poids...

Étudiante : Parce que donc, comment ça se passe au niveau de votre poids, vous avez repris combien de ce que vous avez perdu...ça s'échelonne comment ?

Cassandra : J'avais perdu 40 kilos...j'en ai repris plus de 10.

Étudiante : Ok, d'accord.

Cassandra : Là c'est stable, y a eu un petit peu de perte, je me suis remise à la muscu et au cardio, donc je sens que les muscles aussi, donc là je me dis, j'avais espéré que ça baisse avec la balance mais j'y vais

tellement fort que je me dis...Mais bon, tout le monde me dit que j'ai fondu, ma fille m'encourage, toujours mes enfants ils sont vraiment super, on me dit que ça se voit depuis que j'ai repris la muscu à fond. Et je sais qu'on peut perdre en volume sans forcément que ça se voit sur la balance. Donc ok, mais je suis plus au poids le plus bas où j'étais et ça me perturbe et du coup ça me, ça touche un peu ma fierté et ça casse une espèce de confiance où justement je me maquillais, là j'ai plus envie de m'habiller, quand j'essaie des trucs...pfff je ne me plais pas là. Et en même temps quand je me vois en phot, je me dis "ben je suis pas si grosse que ça !", pas aussi grosse que ce que j'imagine que je suis...ça c'est dingue...

Étudiante : Parce que la perte de poids, vous l'aviez vraiment vu ?

Cassandra : Euh...oui je voyais...mais je me sentais quand même grosse comme avant. Et même au plus bas de ce que, de quand j'étais à 40 kilos de perdus, j'avais quand même besoin, quand je m'habillais, d'aller voir ma fille ou mon mari, ou n'importe qui, pour savoir si ça allait, "ça fait pas boudin ? T'es sur ? Ça me grossit pas ?" Toujours ce...alors je sais pas si c'était une peur, j'aurais voulu perdre plus aussi, peut être que ça masquait...

Étudiante : Une petite déception ?

Cassandra : Une petite déception...et je voulais qu'on me rassure en me disant "tu es bien comme ça", et le fait d'avoir pris, alors que j'étais déjà un peu déçue de pas perdre plus, ben je me dis "merde". Donc j'ai l'impression que je suis redevenue gros boudin, je sais pas quoi. Donc j'ose plus trop m'habiller, m'apprêter, et puis y a des petits regains, si je me vois en phot, je me dis "ben arrêtes, fais pas ta comédie, c'est quand même pas dramatique, oui tu as repris et alors? C'est pas la fin du monde !", donc c'est... c'est pas facile...

Étudiante : D'accord. Et justement, comment toute votre famille proche a vécu cette perte de poids elle ?

Cassandra : Euh bien...j'ai eu quand même beaucoup de compliments de ma mère... je m'y attendais pas ! Euh par contre, y a quand même eu beaucoup de conflit au départ, parce qu'elle avait, elle m'a plombé, et elle m'a freiné la perte de poids, à un moment donné en me disant "oui, j'espère que tu manges pas trop, tu vas dilater ton estomac, tu vas reprendre ! Ah mais t'as perdu que 30 kilos ?... je pensais que c'était plus" . Don parfois elle m'en a foutu plein la tronche quand même. Et à chaque fois...un jour j'ai envoyé une photo et j'ai dis "c'est bon, tes angoisses tu te les garde, parce que tes angoisses que tu me transmets, moi je suis en pallier ça me bloque donc tu m'en parle plus, parce que si un jour mon estomac se redilate, ça sera ta faute" (rire), j'ai réglé pas mal de comptes avec ma mère, ça m'a fait du bien. Et c'est vrai que toute cette période où elle était après moi comme ça, j'étais à un pallier monstrueux, donc je me suis dis "elle va me saboter ma perte de poids", conflit là...C'était pas facile. Y a eu une chose aussi qui était rigolote, c'est qu'un jour j'avais essayé un pantalon, ma fille était là, pantalon trop grand, c'est toujours dans les magasins, je prends toujours 2-3 tailles en plus, donc une copine qui était là va me chercher l'autre pantalon, je le mets puis je sors et ma fille me dit "oh ! Mais je crois que j'ai les cuisses plus grosses que toi maman !", elle était jalouse parce qu'elle trouvait que j'avais les cuisses trop fines, un petit peu de jalousie, boh c'était mignon quoi. Ce qui était sympa aussi

c'est qu'on pouvait changer nos chaussures avec ma fille, par contre un jour elle m'a dit "oh, on va peut être changer nos vêtements ?", j'ai dis "non", parce que je fais pas du 38 non plus..."je suis quand même plus grosse que toi, toi tu vas rester bien comme tu es, donc on changera pas nos vêtements, non, parce que ça veut dire que tu vas grossir pour être comme moi et moi je sais très bien que j'arriverais pas à faire du 38-40" donc bon...Mon père m'a toujours fais des compliments, content. Mon frère il doutait...il me disait "tu es pas trop mal", donc ma famille m'a bien soutenu quand même.

Étudiante : Et votre mari ?

Cassandra : Mon mari toujours des petits compliments, des trucs tout bêtes, un jour je me levais du fauteuil, et il rigole "tu t'es levé vite !" (rire). Bon voilà. Euh...les 2-3 premières années oui. Après ça rentre dans la routine, et justement je dis "ben alors ?", et puis c'était un peu la période où j'avais repris, je commençais à reprendre "tu me dis plus que je suis belle, que je te plais ?", donc ça revient régulièrement quand je vais quelque part...il me le dit "que je suis bien comme ça", ouais. Mais j'en ai besoin...vraiment besoin. Peut être trop...mais j'ai besoin d'encouragements, de récompense...oui...

Étudiante : Pour continuer vos efforts ?

Cassandra : Oui, besoin de reconnaissance, ça par contre ça n'a pas changé. Peut être un petit peu moins, mais...quand même...

Étudiante : Parce que vous en avez manqué avant...

Cassandra : Ouais...

Étudiante : Ce qui peut se comprendre. Donc, pour terminer, qu'est ce que vous diriez que la chirurgie aurait changé dans la vie quotidienne, que ce soit du point de vue alimentaire ou simplement dans le quotidien ?

Cassandra : Dans le quotidien ça m'a permis de maigrir, j'aurais jamais réussi sans la chirurgie, de faire des choses que j'aurais pas faites, on a été à port aventura avec les enfants, j'ai fais le grand 8, j'ai mis des jeans, des converses, des trucs tout bêtes, remettre des bracelets, alors que mon poignet rentrait plus dedans, enfin... ouais de vivre, profiter de la vie, envie de profiter, et surtout me dire "j'ai gâché beaucoup de temps", ça a mis à jour toutes les barrières que je me mettais, le regard des autres, ou supporter des choses en me disant "vu que t'es grosse de toute façon, tu dis rien, c'est déjà pas mal", c'est pas parce qu'on est grosse qu'il faut encaisser des remarques ou des comportements, ou qu'il faut pas prendre soin de soi, il faut pas s'habiller non plus. Et je refusais de m'habiller bien parce que pour moi bien s'habiller, ça veut dire accepter son corps, quelqu'un qui s'habille bien, c'est quelqu'un sui se plait, et comme je me plaisais pas, j'acceptais pas, c'était une manière de dire "non, de toute façon je vais pas rester comme ça, donc là je m'habillerais bien quand je serais bien", avec le recul, c'était pas bien... Mais j'étais pas en état de bien m'habiller alors que physiquement j'étais pas... Mettre des bijoux tout ça, je pouvais plus, j'avais l'impression que ça faisait la vache avec ses

colliers aux oreilles, ou sa cloche, je m'étais plus de fantaisies, donc ça a changé beaucoup aussi mon état d'esprit, je fais plus la gueule comme je faisais, et c'est ce que mon mari m'avait dit, il a plus aimé le changement moral que physique, même mes enfants m'ont dit "tu ne cries plus, tu n'es plus énervée", je suis plus joyeuse, ouais... Donc quand même, que du positif, ça a été dur parfois mais ça vaut le coup, oui.

Étudiante : D'accord. Eh bien moi j'ai tout ce qu'il me faut, est ce que peut être vous avez des choses à rajouter ou des remarques ?

Cassandra : Je crois que j'ai déjà beaucoup parlé (rire). Si, je dirais juste une chose, les gens qui se lancent dans la chirurgie bariatrique, je pense qu'il faut bien tenir compte après de la chirurgie réparatrice. Parce que ça fait des cicatrices et c'est vrai qu'avec mon mari, j'en avais parlé parce que j'avais vu des photos sur internet de plasties abdominales, quand j'ai vu ça je me suis dis qu'il n'allait pas supporter, mais je peux comprendre aussi que ça soit dur de toucher un corps comme ça, recousu et tout, et ça fait peur parce que je me dis "mince, s'il veut plus me toucher ou me regarder après, je retombais encore dans un piège, rester grosse, risquer de perdre mon mari, enfin être pas bien grosse, mais peut être ne pas être bien à cause de cette chirurgie réparatrice", donc il faut être sûr que le conjoint accepte ces changements, le moment où la peau pendouille, et après, les cicatrices, bon sachant que ça s'atténue quand même beaucoup...mais c'est quand même dommage aussi, je sais par exemple que la poitrine, il supporterait pas, les cicatrices pour lui, ça passera pas, le ventre, les bras et les cuisses, ça a été, mais y a des choses où bon, ça m'embête un petit peu, mais bon, nous on choisit mais on fait subir à la famille...faut qu'ils soient prêts. Les cicatrices des bras, mes enfants pendant longtemps ils voulaient plus de câlins, alors c'était pas méchant mais je peux comprendre aussi parce que même moi, je pouvais pas y toucher, ou à la plage, je me mettais les bras comme ça, ils me disaient "maman tes cicatrices..." Et il faut quand même le savoir, parce que ça peut créer justement du dégoût, des conflits, ou du rejet, et c'est quand même un truc où on se lance sur 3-4 ans, beaucoup de changements, il faut que l'entourage soit vraiment coopératif, et prévenu. Et nous on pense beaucoup à nous au tout début, mais il faut aussi qu'on pense à eux, parce qu'on leur fait quand même un peu de misère, voilà mon message.

Étudiante : Oui, mais c'est vrai, c'est pour ça que c'est très important l'entourage.

Cassandra : Oui, et les addictions. On déplace souvent une addiction sur une autre. Parce qu'ils nous opèrent l'estomac mais pas le cerveau, ça c'est bien dommage. A un moment donné aussi, on va pas passer notre vie chez le psy, mais c'est vrai moi je me suis mise à fumer, c'était aussi un peu la crise d'adolescence, "j'ai fais ce qu'on voulait de moi, vous avez voulu tous ce que je maigrisse, j'ai plus rien bouffé, maintenant j'ai envie de faire ce que je veux", sauf que maintenant je suis dans le piège, j'arrive pas à arrêter, j'en connais beaucoup, enfin quelques uns, qui se sont tournés sur l'alcool, parce que ça monte aussi plus vite, mais tout ça c'est le même principe. Il y a une addictologue là à l'hôpital, qui m'a dit "je suis pas étonnée que vous vous soyez mise à fumer, vous avez remplacé une addiction par une autre", donc on a quand même le terrain fragile d'avoir...et j'ai toujours maintenant, dès que ça va pas, c'est revenu, j'ai envie de bouffer, me consoler sur un gâteau au chocolat ou un truc comme a, donc il y a une fragilité, c'est une maladie, et ça sera pas zéro

sucre ou graisse toute notre vie parce que c'est pas possible, mais ça va être dur, je pense que ça va être plus dur que pour quelqu'un qui n'a pas cette fragilité là. Et c'est peut être là où je me suis un petit peu perdue au départ, quand le chirurgien me disait "c'est fini les régimes, vous serez débarrassée pour toute votre vie", ouais mais...si je me fais plaisir, je regrossis. Plus que quelqu'un, on va manger la même chose, je vais en stocker plus que vous je pense, le métabolisme est là quand même.

Étudiante : Oui, chacun a ses propres spécificités...

Cassandra : Donc je suis plus au régime mais je suis condamnée à faire encore plus attention...Et c'est peut être là où j'ai pêché un peu, de me dire que je pouvais manger tout ce que je voulais. Alors tant qu'on est en phase d'amaigrissement c'est cool, mais après...la nutritionniste m'avait dit "vous êtes comme tout le monde, si vous vous faites plaisir et que vous dépensez pas, vous allez grossir", et j'ai l'impression qu'il faut que je dépense 2 fois plus que les autres pour éliminer le petit plus, et encore je suis bridée en quantité, donc c'est dur...

Étudiante : Oui, c'est des efforts à tenir vraiment sur le long terme...

Cassandra : Et ça on nous le dit pas assez au départ, j'ai vraiment cru que je serais sortie de là pour toujours, et là je me rends compte que non...

Étudiante : D'où l'importance du suivi après qui doit être prolongé...

Cassandra : Je pense que ça va être toute la vie, de rester en contact avec la nutritionniste, et le psychologue, ou faire de la sophro, ou voir un hypnotiseur, un thérapeute quelconque qui nous apprenne à bien s'écouter, et à se faire confiance, aller voir un petit peu l'inconscient...il y a tout un travail à faire après. Je pensais que c'était la fin d'un tunnel, mais j'ai tendance à dire que c'est le début d'un autre. Alors il est moins négatif, moins noir que celui d'avant hein, parce que bon...il était vraiment noir celui d'avant, mais...c'est quand même un tunnel. Voilà.

Étudiante : Eh bien écoutez, merci beaucoup en tout cas.

Cassandra : Merci à vous de m'écouter, j'aurais jamais parlé autant que ça avant ! (rire) Faut vraiment que ça aille mieux pour en parler. Rien que le mot obésité c'est terrible...Et avouer que j'ai envie de manger quand ça va pas. Mon mari il ne le savait pas, il comprenait pas, parce qu'il me voyait pas manger le reste du temps, il voyait bien que je mangeais à table mais... Et puis ben forcément on le dit pas, on a honte, donc le soir, quand il rentrait, j'avais déjà enfilé paquets de gâteaux, je pouvais spas dire le soir "j'ai pas faim", parce que c'était pas normal, j'avais tout le temps faim, donc il aurait pas compris, donc je disais rien et je mangeais mon bon repas comme si de rien n'était...

Étudiante : C'est seulement après l'opération que vous en avez parlé ?

Cassandra : Oui, ce sentiment d'abandon que je comblais, le sentiment d'échec, ouais...j'ai pu lui en parler après quand je me suis sentie en sécurité sûr de sortir de là. De dire "maintenant c'est derrière moi je peux le dire"... Et je pense qu'il a compris seulement à ce moment là ma souffrance, et après il a compris aussi pourquoi je prenais tout mal, quand il me disait "mange des légumes, ou mange pas ça, tu devrais faire du sport", mais comment voulais tu que je fasse du sport, j'avais mon gros ventre qui me gênait, j'avais chaud tout de suite, j'étais gênée dans les mouvements. Ben mine de rien, c'est 3/4 d'heure, une heure, à ressentir que du négatif, et "je vais aussi vite que je veux, et je suis essoufflée, et je suis toute rouge, et je transpire, et mon ventre il me gêne, et nia nia nia", je sortais de ma séance encore plus déprimée qu'en commençant. Déjà c'était une corvée, j'aimais pas ça, parce que c'était associé au régime et maigrir, et je ressortais de la là avec une estime de moi encore plus basse qu'elle ne l'était avant, et ça je pouvais pas lui dire, et après il m'a dit "ah oui, je comprends maintenant pourquoi tu le prenais mal", mais en même temps c'était pas facile pour lui, parce que, qu'il le dise gentiment ou un peu plus fermement, de toute façon je le prenais mal...donc c'est pas facile pour lui, mais j'avais aussi envie de dire "met toi à ma place", parce que c'était une souffrance du matin au soir, et la nuit en me couchant "demain tu manges pas de chocolat, tu fais attention, tu fais machin, à midi tu manges que ça, tu grignotes pas dans la journée, faire un peu de sport, le soir tu manges léger", je me réveillais dans la nuit, et ça tournait en boucle et tout. Et au premier craquage de la journée "et t'es nulle, t'y arriveras jamais, regarde tout ce que t'as à perdre, c'est foutu, t'es bonne à rien ,t'es moche", voilà, du matin au soir et du soir au matin...pfff...et les psy qui disent "tant que vous êtes mal dans votre tête vous arriverez pas à maigrir", et là on se dit je suis mal dans ma tête parce que j'arrive pas à maigrir, et puis on vous dit que c'est le contraire...donc on se dit "je dois être folle, avoir un truc qui va pas, c'est mon enfance, c'est ceci, c'est cela", alors on passe son temps en thérapie et pendant ce temps là, on maigrit pas...bon...et une diet un jour elle m'a dit "vous avez qu'à travailler et arrêter de bouffer et c'est bon, vous maigrirez" ok...super... je travaillais, les jumeaux étaient petits c'était lourd, je travaillais 6 mois, je voyais un peu ce que c'était de travailler, parce que j'avais arrêté mes études quand on s'est mariés, donc j'avais jamais travaillé. Donc je travaillais un petit peu, mais le midi, on mange avec les collègues au resto, on va pas prendre une salade à chaque fois, parce que ça fait la grosse qui est au régime, et puis on va pas au resto pour bouffer une salade non plus. Et ben pendant ces 9 mois, j'ai pas perdu un gramme ! Donc" occupez-vous, buvez un verre d'eau, mangez une pomme, prenez un chewing-gum...", quand ça tourne dans ta tête "vas manger, vas manger" et c'est seulement le psy là qui m'a dit "mais je comprends, vous êtes mal dans votre tête parce que vous en avez marre d'être grosse", enfin ! Et c'est vrai que depuis que j'ai perdu du poids, je suis mieux dans ma tête, j'ai toujours ce fond de fragilité mais...pffff les 10 premiers kilos j'ai eu l'impression qu'on me libérait le cerveau ! La culpabilité qui partait, manger cette mousse au chocolat, juste parce que c'est une mousse au chocolat et que j'en ai envie. Et pas me pourrir mon repas en me disant "je vais mettre 3 semaines à l'éliminer, j'aurais pas du, j'ai pas le droit, il faut pas", je ne suis plus punie, je me sentais punie...mais punie de quoi ? C'est dégueulasse, pourquoi les autres ils ont le droit et pas moi ?... Non c'est dur...on n'est pas reconnus, je trouve qu'un alcoolique, et je sais de quoi je parle, on va dire "il a du lui arriver un truc dramatique pour qu'il se mette à boire", et un gros on va dire "il n'a qu'à faire attention, pas manger n'importe quoi, pas de volonté, et puis s'il faisait du sport", donc nous, c'est notre faute...

Étudiante : C'est culpabilisant.

Cassandra : On est alcoolique c'est pas de notre faute, il a trouvé que ça pour s'en sortir. Et parce que nous pareil...c'est une addiction, tout pareil, je lui dis à mon frère "toi tu bois, moi je mange", voilà.

Étudiante : Ok. Très bien, je vous remercie.

Annexe K : Entretien Cédric, conjoint de Cassandra

51 ans, marié depuis 21 ans, 3 enfants (20 ans, jumeaux de 17 ans), contrôleur aérien

Durée : 37 min

Date : 27 Juin 2016 à 16h

Étudiante : Alors, donc dans un premier temps, sans parler de chirurgie, est ce que vous pouvez me parler un peu de vous ? Votre âge, ce que vous faites dans la vie ? Tout ce qui pourrait vous caractériser un peu.

Cédric : Houlà alors (rire). Qu'est ce que je fais dans la vie ? Je sais pas, pas grand chose ! (rire). Ben, mon métier c'est contrôleur aérien, je travaille à l'aéroport de ***, c'est un métier qui me plait bien, un peu stressant des fois mais pas trop, il faut bien un peu de stress dans la vie de temps en temps. Sinon, qu'est ce que je fais d'autre...? Un peu de sport, un peu de musculation, un peu de badminton avec mes enfants, un peu de tennis aussi, un peu de footing, voilà. De temps en temps il m'arrive de manger aussi (rire)

Étudiante : Quand même (rire)

Cédric : 3 ou 4 fois par jour. Voilà. J'aime bien tout ce qui est aviation évidemment, je pilote moi-même, j'aime bien la nature, les randonnées en montagne, les sorties en bateau, on a un bateau avec un collègue. Et puis j'aime bien les animaux aussi (rire). Voilà.

Étudiante : Ok. Et vous avez quel âge pardon ?

Cédric : J'ai 51 ans. On dirait pas hein ?! (rire)

Étudiante : (rire) Non.

Cédric : Je vous ai forcé la main (rire)

Étudiante : Un peu oui (rire)

Cédric : Allez-y pardon.

Étudiante : Alors parlez moi de l'opération de votre épouse, c'était quand ? Qu'est ce qu'à ce moment là vous avez retenu ? Comment vous avez réagit quand elle vous l'a annoncé ?

Cédric : Alors y a 5 ans et demi elle s'est fait opérer. Moi je pensais que ça serait plutôt une opération type anneau gastrique, c'est ce que je voyais parce que je voyais très bien que les régimes qu'elle faisait ça ne marchait pas, parce que y a la volonté, le psychisme qui rentre là dedans en jeu, et elle n'arrivait pas à restreindre les quantités et aussi après c'est tout un cercle vicieux, on prend des kilos, on n'a pas trop envie de

faire attention à soi, donc on mange un peu n'importe quoi, n'importe comment, n'importe quand. Et ça s'enchaîne quoi. Et vu ce qui est arrivé à sa mère, qui avait pris pas mal de kilos aussi, je me disais, c'était la voie toute tracée pour elle, de grossir comme ça, et je lui conseillais de faire quelque chose, et je pensais à l'anneau, je pensais pas à aller plus loin, d'ailleurs je savais même pas si ça existait vraiment ce genre d'opération. Enfin bon, c'est pas ça que je visais pour elle particulièrement. Et quand elle m'a annoncé ça, j'étais un peu surpris, je lui ai demandé si c'était vraiment sûr qu'elle voulait faire ça, parce que c'est une opération assez lourde, les conséquences et tout ça. Réduire l'estomac c'est quand même pas bénin comme opération. Et puis on peut pas revenir en arrière normalement. Bon le fait est que ça réduit l'estomac donc effectivement, on mange moins, donc forcément, réduction de l'apport calorique, on devrait pouvoir maigrir, voilà. Donc tout ça, à visée thérapeutique évidemment, parce que quand on voit sa mère, avec tous les problèmes de santé qu'elle a, l'hypertension, diabète, etc., bon, je voulais pas trop que ça arrive, et puis bon, ça a des répercussions sur le couple aussi, forcément, pour les sorties, enfin y a des choses, elle était vite essoufflée, manque d'énergie aussi, forcément quand on a des kilos à trimbaler toute la journée c'est...

Étudiante : C'est pas facile...

Cédric : Je m'imagine pas avec un sac à dos de 15-20 kilos en permanence sur moi.

Étudiante : Eh oui. Donc au départ, quand elle vous l'a annoncé, y avait quand même une petite surprise parce que vous ne connaissiez pas trop ce type de chirurgie c'est ça ?

Cédric : Non, je ne connaissais pas.

Étudiante : Donc ça a entraîné des petites inquiétudes sur le moment ?

Cédric : Oui, des petites inquiétudes parce que bon, ça risquait, y avait des risques, en tout cas plus de risque que l'anneau, parce que l'anneau, quand même, c'est plus léger comme intervention, donc oui j'étais vraiment surpris et, enfin après on a vu le chirurgien, il nous a expliqué comment ça se passait, bon...c'était un peu rassurant. Voilà. Et...bon, je suis pas de nature angoissée d'habitude donc je lui ai laissé faire l'opération, je me serais pas opposé en tout cas.

Étudiante : Ok. D'accord. Donc pendant cette prise en charge, vous me dites que vous êtes allé voir le chirurgien avec elle, ça c'était un désir de votre part ? Du chirurgien ?

Cédric : Alors c'est le chirurgien qui voulait que je vienne pour m'en faire part, me parler de cette opération, me familiariser avec l'intervention elle même mais aussi l'après opération, donc...y a des choses qu'il faut savoir, qui se passent après, donc il vaut mieux être au courant. Pour le soutien aussi, il voulait voir si notre union était quand même assez stable et solide. Donc moi j'y suis allé évidemment, j'étais pas demandeur mais...je voulais...je voulais y répondre bien sûr pour voir comment ça se passait quoi. Approfondir le sujet avant de se lancer là dedans.

Étudiante : Oui, et puis vous étiez en demande d'information par rapport à comment ça allait se passer par la suite.

Cédric : Voilà.

Étudiante : Ok. Donc maintenant dressez moi un portrait de comment vous décririez un peu vos habitudes alimentaires en famille d'avant l'opération ? Sur comment vous mangiez.

Cédric : Comment on mangeait...? Euh avec des fourchettes, couteaux et peut être cuillères, assiettes et voilà (rire). Sinon...Peut être plus en quantité oui. Peut être plus de viande, de poisson.

Étudiante : Là vous faites en comparaison depuis la chirurgie ?

Cédric : Oui, oui. Ce que je remarque maintenant c'est qu'on mange moins de produits animaux, enfin de viande animale, de poisson, tout ça, on mange plus de légumes on va dire, et peut être plus de préparations maison que de préparations industrielles.

Étudiante : Et ça vous pensez que c'est vraiment venu suite à l'opération ?

Cédric : Les quantités oui, parce qu'on avait tendance à faire des quantités nettement plus importantes qu'avant, on sait jamais, peut être que la guerre peut arriver (rire). Donc les quantités ont baissé. Euh...la façon de cuisiner aussi, c'est quand même moins gras. Y a aussi l'historique qu'avant elle faisait du weight watchers, des trucs comme ça, donc elle cuisinait moins gras, ça a eu lieu ça. Plus de légumes aussi. Mais y a aussi une poussée de ma part parce que moi je suis plus très porté sur les crudités, les légumes, donc ça, j'ai toujours insisté là dessus. Alors peut être qu'on en mange plus maintenant, je pense. En tout cas moins de viande, de choses comme ça.

Étudiante : D'accord. Ok. Et vous me parliez que les quantités avaient baissé aussi, donc ça c'est dû à quoi ? Parce que du coup, elle forcément mange moins par rapport à sa chirurgie, et du coup comment ça a influencé également les quantités que vous vous mangez ? Est ce que c'est une volonté de votre part pour l'accompagner ? Ou c'était le moyen de manger moins...?

Cédric : Oh...c'est multifactoriel parce que moi, enfin je suis, j'ai vu un peu que manger, bon c'est nécessaire mais le fait de manger beaucoup restreint l'espérance de vie. Enfin diminuer l'apport calorique en tout cas, est favorable à une espérance de vie plus longue. En tout cas il faut manger régulièrement et de façon équilibrée, ça c'est reconnu, et la quantité ben...oui c'est le fait, on n'a pas besoin de manger autant. L'alimentation peut devenir notre ennemi si on veut trop manger, on est dans un société de consommation et particulièrement dans l'alimentation ça se vérifie donc j'ai même essayé une semaine de jeûne et de randonnée, en faisant du yoga avec, et ...ben j'ai trouvé que c'était très bien parce que ...on est en plein forme après, ça s'est arrêté là,

j'ai pas fait plus que ça, mais je suis demandeur pour continuer...ou peut être faire un jeûne quotidien de temps en temps. Voilà.

Étudiante : D'accord. Donc finalement c'était un bon biais pour vous, pour diminuer vos quantités ? Vous avez profité de l'occasion ?

Cédric : Pas forcément...

Étudiante : Ça n'a pas de lien ?

Cédric : Le fait qu'il y ait moins de quantité préparée ça y joue oui. Le problème c'est que, il faut que je termine ses assiettes quand on est invités. Alors bon, ce qui me fait manger plus ! (rire) Des fois ! Au restaurant, chez des amis, des fois elle me refile ses restes. Mais ouais je pense que je mange moins. Alors peut être lié un peu à ça et puis à d'autres choses donc je vous ai parlé là.

Étudiante : D'accord. Et du coup vous me parliez aussi qu'il y avait peut être plus de légumes, moins de viande, de produits animaux, euh, ça c'est également du au fait que c'est elle qui cuisine et que ses manière de cuisiner ont changé ? Ou c'est de vous même que vous avez réduit ses aliments là ?

Cédric : Alors c'est un peu duel, parce que tout ce qui est viande, ça passe moins bien après l'opération, pour elle, donc ben nous, on en pâtit aussi, donc on y a moins droit, moins souvent. Et puis bon, y a aussi une espèce de désamour envers la viande, avec tous les échos qu'on a eu dans la presse, tout ça, ça incite moins à manger de la viande forcément. Et puis bon, dernièrement l'OMS qui recommande de pas trop en manger, etc. Tout ça c'est un ensemble en fait hein.

Étudiante : D'accord. Donc expliquez-moi comment se sont déroulés les touts débuts après l'opération, quand elle est rentrée à la maison. Est ce que là c'était plus compliqué à gérer au niveau de la cuisine ? Parce que donc elle avait certaines restrictions, elle mangeait très peu, sous forme mixée, liquide, comment là ça s'organisait ?

Cédric : Boh non je pense pas, je m'en souviens pas en tout cas, je sais même pas si c'est moi qui préparais plus ou pas, de temps en temps je lui préparais ses affaires mais...

Étudiante : Parce que la plupart du temps, c'est elle qui cuisine ?

Cédric : Oui, oui. C'est vrai que je cuisine pas trop (rire). Enfin je fais pas trop de préparations. Quand je prépare bon, ben...d'ailleurs les enfants le ressentent..."ah c'est papa donc y a des légumes" (rire), la grosse salade et voilà, c'est tout ce qu'il y a. Et souvent le soir ça suffisait. Euh... Non y avait pas eu de grands changements. C'est elle qui préparait sa bouillie, voilà.

Étudiante : Du coup, elle ne mangeait pas la même chose que vous tous ?

Cédric : Non, pas exactement la même chose. Même si parfois on mangeait à peu près la même chose, avec des purées, euh...des trucs un peu mixés ou c'était, ouais c'était à part bien souvent quand même.

Étudiante : Comment vous avez vécu cette période là, le fait de la voir manger très très peu ? Sous telle ou telle forme ? Qu'elle ne pouvait pas manger de tout ? Vous y étiez préparé ?

Cédric : Ah oui, j'étais préparé. Mais c'est vrai que ça surprend parce que la quantité diminue pas mal et puis, on a tendance, si jamais je la servais, à mettre trop. Alors un peu de stress de se dire "est ce qu'elle va prendre suffisamment de nutriments, de vitamines, est ce que l'alimentation va lui apporter suffisamment de tout ça", ça oui, on s'inquiétait un peu, mais bon, on était quand même bien préparés pour, je savais qu'elle prenait des compléments vitaminiques donc...bon...pas trop de stress non plus.

Étudiante : Mais vous aviez quand même ces nouvelles préoccupations de se dire "de quoi elle a vraiment besoin, comment elle doit mieux manger ?", ça c'était nouveau ?

Cédric : Oui. Plus équilibré, peut être moins de légumes justement. Attention, il faut manger un peu de tout et attention à l'apport, ben justement de protéines, puisque la part est réduite, c'est un peu différent oui, faire attention à ça.

Étudiante : Et ça elle se le gérait toute seule ou vous étiez là par moments pour la conseiller, pour lui dire peut être de faire comme ça, comme ça ?

Cédric : Non, elle gérait toute seule.

Étudiante : D'accord. Très autonome sur son alimentation. Du coup quel rôle vous diriez que vous avez eu dans cet accompagnement des changements alimentaires ? C'est passé par quoi ?

Cédric : Après l'opération. ?

Étudiante : Oui, comment vous décririez votre rôle ?

Cédric : Je ne sais pas...non, j'ai pas de rôle particulier, je vois pas comme ça. Boh, de temps en temps je lui donnais des petits conseils de ce que je sais, de ce qui était pertinent pour moi, mais maintenant, elle était quand même bien au courant...Enfin elle a une bonne connaissance en alimentation en général, et puis elle suit les émissions diététiques, le docteur Cohen, etc., bon...elle est...peut être mieux que moi dans ce domaine, donc je me fais pas trop de soucis.

Étudiante : D'accord. Et donc maintenant, à distance de l'opération, est ce qu'elle mange à table comme tout le monde ? Comment ça se passe les repas aujourd'hui ?

Cédric : Ça se déroule normalement par rapport au tout début, puisque bon, y a plus d'aliments mixés, pratiquement tout passe, même la viande, on le remarque plus trop, enfin on fait plus trop attention, les quantités sont toujours, sont faibles donc, mais ça nous surprend moins parce qu'on sait que c'est comme ça, on est habitués. Même peut être les quantités ont augmenté un tout petit peu, ça c'est possible oui. Voilà, non, c'est pas perturbant. C'est seulement quand on sort que là, on voit la différence.

Étudiante : Oui, y a plus d'ajustements à faire ?

Cédric : Parce que ceux qui nous invitent ont tendance à nous servir normalement, si ils ne connaissent pas. Et après, ben c'est moi qui me récolte les restes ! (rire) Elle peut pas finir son assiette, elle peut pas en reprendre, etc. Donc c'est là que ça se voit.

Étudiante : C'est là que c'est plus compliqué à gérer ?

Cédric : Oui c'est plus compliqué enfin c'est pas pareil, c'est un peu plus...embêtant des fois, quelques fois on sait pas s'il faut le dire, si elle doit dire qu'elle a subit l'opération ou pas, parce que bon, il faut une certaine confiance. L'embêtant c'est quand on va chez mes parents, chez ma mère, parce que mon père n'est plus là et elle peut pas...elle peut pas manger autant, donc elle je sens qu'elle stresse un peu, parce que ma mère, elle connait pas qu'elle s'est sait fait opérer, on lui a pas dit, et donc, des fois c'est un peu gênant oui.

Étudiante : Bien sûr, pour les gens qui ne sont pas au courant, ça peut surprendre, choquer.

Cédric : Ben oui, parce que les gens disent "ah ben, elle aime pas? Pourquoi elle finit pas son assiette ?", c'est pas toujours bien vu. Voilà.

Étudiante : Donc là, si je résume un petit peu, vous m'avez dit que ce qui avait changé, c'était d'une part les quantités qui avaient un peu diminué, au niveau des repas, plus de légumes, un peu moins de viande. Et au niveau du rythme du repas ? Parce que vu qu'elle mange un peu moins comment ça se passe ? Est ce qu'elle finit avant tout le monde ? Comment ça se passe ?

Cédric : Alors là je suis bien content parce que moi j'avais tendance à être le traineur de la famille, eh ben c'est elle qui finit en retard maintenant, elle mange lentement, elle prend son temps, des fois, elle va se rafraîchir dehors, et puis elle revient (rire). Donc c'est pénible hein bien sûr, j'aimerais pas être à sa place pour ça, mais c'est vrai que c'est elle qui prend plus de temps.

Étudiante : D'accord. Donc vous, finalement, ça ne vous a pas changé votre rythme d'avant ?

Cédric : Non, non, je pense pas.

Étudiante : Ok. Et justement vous me dites que parfois, elle a besoin de se lever, faire une pause pendant le repas, ça c'est déjà arrivé qu'elle ne se sente pas bien au cours d'un repas, et qu'elle doive aller s'allonger un moment ?

Cédric : Ah oui, c'est déjà arrivé.

Étudiante : Et dans ce cas là, comment vous le vivez ?

Cédric : Ben...c'est un peu pénible, c'est perturbant le fait qu'elle s'en aille bon....c'est dommage, mais je comprends, si on n'est pas bien, il faut s'allonger et faire passer le mauvais moment quoi. Puis bon, je suis pas du genre à "faut manger, faut manger", si on a un problème, et qu'on veut plus manger, on mange plus. Moi j'ai fait une semaine de jeûne comme je vous ai dis, je me tracasse pas pour ça. Ou sauter un repas, pour moi c'est pas grave.

Étudiante : D'accord. Ok. Et si maintenant je vous mets dans une petite situation, on imagine que les enfants ne sont pas à la maison, vous êtes tous les deux et vous voulez vous faire plaisir au cours d'un repas. Comment ça va se dérouler ? Qui va cuisiner ? Qu'est ce qui va être cuisiné ? Comment vous imaginez la scène ?

Cédric : Ah ben ça sera simple, c'est madame qui va cuisiner, parce qu'elle adore ça (rire). Oh moi je vais peut être l'aider un peu, en fait, là où je cuisine c'est quand je dois préparer le repas pour les collègues quand on mange à la tour des fois. Enfin sinon, on se fait plaisir, des petits trucs, mais on visera pas la quantité, plutôt la qualité, des trucs qu'on aime bien, et puis...voilà quoi. Mais enfin c'est surtout elle qui cuisinerait, elle sait faire.

Étudiante : Et donc elle cuisinerait, comment elle adapterait ce qu'elle cuisine ? Elle ferait quelque chose pour vous faire plaisir à vous ? Ou ce serait quelque chose qui est adapté à tous les deux, que elle aussi digère bien, qui passe bien ? Sur quels critères elle se baserait pour ce repas ?

Cédric : Oh ben ça peut être adapté pour moi et...bon elle le sait, elle essaie d'y penser mais elle s'enquiert de ce que moi j'aime, et si jamais pour elle, elle me demanderait qu'est ce que j'aimerais, et si ça colle pas avec ce qu'elle peut manger facilement, elle se ferait un petit truc à côté, à part. Mais moi je trouve pas ça embêtant ni vexant, on n'est pas obligés de manger forcément la même chose pour passer un bon moment, c'est pas une obligation.

Étudiante : Ok. Très bien. Alors maintenant dites moi comment vous avez vécu toute la transformation physique de votre épouse, suite à la perte de poids, comment vous avez vécu ce changement là ?

Cédric : Ben... C'est une...une bonne, c'est agréable, ça a été progressif hein, ça n'a pas été d'un coup la perte de poids s'est pas vue immédiatement, ça a mis un certain temps mais oui, j'ai vu que ça...elle perdait du poids, elle perdait du volume, en même temps qu'elle prenait plus d'énergie, plus d'activité, mieux dans sa tête, etc. Donc ben je l'ai vécu d'une manière assez agréable, c'était...malgré les petits pépins, les petits désagréments pendant les repas, etc. Bon, mais je l'ai vécu d'une manière plutôt positive. Euh...alors de temps en temps j'ai l'impression que ça reprend un peu, c'est pas...depuis la phase de stabilisation, j'ai l'impression que des fois ça remonte un peu, là ça me désole un peu, et puis ça revient. Mais c'était une bonne chose, agréable oui.

Étudiante : Vous le remarquez au quotidien ? Y a plus d'activités qui sont faites...

Cédric : Oui, plus d'activités, plus d'énergie. Un meilleur moral aussi. Comment dire...? Une meilleure capacité aussi pour s'affirmer, parce que c'était son problème. Plus de confiance en elle, oui. Tout ça, ça a évolué favorablement.

Étudiante : D'accord. Parce que par rapport à son poids, quand vous l'avez connu, vous retrouvez le corps de votre épouse de l'époque, comment ça se passe ?

Cédric : C'était un peu différent parce qu'elle était plus jeune aussi. Mais oui, en quelque sorte c'est ça oui. Les kilos s'étaient accumulés au fur et à mesure avec les années, les grossesses, et les formes d'avant revenaient oui.

Étudiante : D'accord. Du coup qu'est ce que vous diriez pour terminer, que la chirurgie aurait changé dans la vie quotidienne, que ce soit au niveau alimentaire ou autre, simplement dans le quotidien ? Le fait comme vous disiez qu'elle soit mieux dans sa peau, que vous faites plus d'activités ensemble... C'est ça le point principal ?

Cédric : Plus d'activités. Meilleure entente aussi, y a moins de disputes qui auparavant étaient liées à l'alimentation hein...

Étudiante : L'alimentation était source de conflit ?

Cédric : Oui, un peu. Soit dans les quantités, soit la façon de cuisiner les choses, etc. Donc ça, ça n'existe plus. Déjà c'est une source de conflit en moins. Et puis, comme elle est plus calme, plus résonnée, enfin plus satisfaite de sa vie, une meilleure communication, une meilleure communion dans le couple aussi. Tout ça, voilà. Tout ça rentre en jeu.

Étudiante : Donc malgré finalement vous disiez les petits désagréments au niveau de l'alimentation, ce qui ressort c'est vraiment du positif ?

Cédric : Ah oui, c'est du positif oui.

Étudiante : D'accord. Eh bien écoutez merci beaucoup, est ce que vous avez peut être des choses à rajouter, des questions ?

Cédric : Une meilleure aussi espérance pour le futur. Parce que sans cette opération, pour moi son destin était un peu comme tracé, comme pour sa mère, donc avec des problèmes de santé qui auraient inévitablement apparus. Donc là, c'est une sorte de reprise en main de son corps, et de son mental aussi hein, parce que les deux sont imbriqués en fait, l'esprit et le corps sont liés. Et donc...pour le futur, une meilleure espérance en tout cas pour la santé.

Étudiante : D'accord. Très bien. Je vous remercie en tout cas de m'avoir consacré un peu de temps.

Annexe L : Exemple de guide d'animation pour les réunions de groupe

« Les repas au restaurant après la chirurgie »

Date de l'évènement :

Présentation : Bonjour, je vous remercie de participer à cette discussion de groupe autour de l'après chirurgie bariatrique. Le but de ces réunions est de partager votre expérience et votre vécu avec les autres participants, qui sont eux-aussi des opéré(e)s ou bien font partie de leur entourage proche. Nous allons donc tous discuter aujourd'hui d'un sujet précis : *« Les repas au restaurant après la chirurgie* ». Tous vos témoignages propres réunis pourront aider chacun d'entre vous à mieux gérer votre quotidien d'opéré(e) ou de conjoint(e) d'opéré(e).
L'après-midi va s'organiser de la façon suivante : une présentation du groupe, une discussion conviviale autour du thème du jour d'environ une heure, une pause composée d'une collation, puis la discussion reprendra pour une heure de plus environ.
Cette réunion est filmée et enregistrée pour garantir l'authenticité de vos propos, mais restera totalement anonyme, aucune donnée ne permettra de vous faire reconnaître.

Consignes : Pour le bon déroulement de cette réunion, j'animerai la discussion. Pour permettre à chacun de s'exprimer librement, je vous demande de ne pas couper la parole et de laisser chacun s'exprimer.

Thème	Questions	Relances
Présentation (15 min)	Tour de table	Prénom - âge - profession - opération et ancienneté Motivation de la présence ici
Les repas au restaurant avant la chirurgie (45 min)	Brainstorming : « les repas au restaurant avant la chirurgie » Dites-moi tout ce qui vous passe par la tête (noter les mots au tableau et réagir dessus pour les prochaines questions)	Plaisir - Convivialité - Quantité - Goût - Qualité - Famille - Fast food - Gras/riche - Restriction
	A quelle fréquence alliez-vous au restaurant avant la chirurgie ?	Moins d'1 fois / sem 1 fois / sem + de 2 fois / sem
	Quels types de restaurant fréquentiez-vous ?	Fast-food - Gastronomique - Traditionnel - Exotique - Buffet à volonté

	Pour quel motif ? <u>Carte de restaurant</u> : Regardez cette carte de restaurant. Mettez-vous avec votre voisin de droite et dites-lui ce que vous auriez commandé avant et pourquoi ? (les laisser interagir) <u>Explications</u> : Expliquez-moi ce que votre voisin aurait choisi et pourquoi ?	Déjeuners professionnels Famille Amis Formule ou carte ? Quels plats/boissons ? Quels accompagnements ?
Les repas au restaurant après la chirurgie (50 min)	<u>Brainstorming</u> : « les repas au restaurant après la chirurgie » Dites-moi tout ce qui vous passe par la tête en revenant sur le premier brainstorming (noter au tableau) Qu'est ce qui a changé maintenant au restaurant ? La fréquence de tout à l'heure est elle différente ? Les types de restaurants sont-ils les mêmes ? Est-ce gênant de ne pas finir son assiette ? Comment gérez-vous le fait de ne pas finir votre assiette ? Votre entourage a-t-il un rôle ? <u>Carte de restaurant</u> : Regardez à nouveau cette carte de restaurant. Mettez-vous avec votre voisin de droite et	Plaisir - Convivialité - Qualité - Goût - Léger - Frustration - Gaspillage - Gastronomique Quantités minimes - Qualité plutôt que quantité Moins souvent Plus souvent Identique Fast-food - Gastronomique - Traditionnel - Exotique - Buffet à volonté Oui/Non Jugement des restaurateurs Obligation de justification Gaspillage - Les autres finissent - Doggy bag Finit l'assiette Explique au serveur Partage son plat avec moi Formule ou carte ?

	dites-lui ce que commanderiez à l'heure actuelle et pourquoi ? (les laisser interagir) <u>Explications</u> : Expliquez-moi ce que votre voisin a choisi et pourquoi ? <u>Tour de table</u> : Si une personne qui veut se faire opérer vous demande conseil à propos de l'opération et de ce qui changera, que lui diriez-vous à propos des repas au restaurant en quelques mots ?	Quels plats/boissons ? Quels accompagnements ?
Conclusion (10 min)	Avez-vous quelque chose à ajouter ? Que retenez-vous de cette réunion ? Que voyez-vous comme prochain thème de réunion ?	Est-ce que cette réunion vous à semblé intéressante ? Quelles sont les améliorations possibles ?

Je vous remercie de votre participation.

Je vous souhaite une bonne continuation.

LES FORMULES

Entrée + Plat + Dessert : 25.50 €

Entrée + Plat ou Plat + Dessert : 21.50 €

Entrées :

Tomate/Mozzarella et son pesto maison
Assiette de charcuterie
Tartare de saumon et aneth

Plats :

Entrecôte de bœuf sauce au choix
Magret de canard
Poulet grillé
Saumon grillé à la plancha

Desserts :

Au choix à la carte

LA CARTE

Entrées :

Tomate/Mozzarella et son pesto maison 6.50 €
Assiette de charcuterie 5.50 €
Salade de chèvre chaud et miel 6 €
Tartare de saumon et aneth 7.50 €
Toasts aux 3 foies gras 9.50 €

Plats :

Nos Viandes : (voir accompagnement au choix)
Entrecôte de bœuf sauce au choix 19.50 €
Côtelettes d'agneau 18 €
Magret de canard 18 €
Poulet grillé 14 €

Nos Poissons : (voir accompagnement au choix)
Saumon grillé à la plancha 18 €
Brochette de gambas marinées 20 €
Sole meunière 22 €
Poêlée de saint jacques 23 €

Nos Salades :
Salade de chèvre chaud et miel 18 €
Salade au canard (magret, gésiers, lardons) 21 €
Salade nordique au saumon fumé 20 €
Salade végétarienne aux légumes de saison 21 €

Desserts :

Assiette de fromage et salade 5 €
Salade de fruits frais 6 €
Fondant au chocolat blanc 5.50 €
Crème brûlée 5.50 €
Tarte aux fruits de saison 6 €
Glace/ Sorbet (3 boules) 4 €

Apéritifs :

Avec alcool :
Bière (au choix)
Cocktails avec alcool (au choix)
Sangria
Kir royal

Sans alcool :
Sodas (au choix)
Jus de fruit (au choix)
Cocktail sans alcool

Vins :

Rouge, blanc ou rosé (voir la carte)



Tous nos plats sont accompagnés de (au choix) :
Frites
Salade
Riz
Légumes variés

Annexe M : Prises de vue du site internet



A propos de la créatrice



Mon parcours

Diplômée du baccalauréat, je sais déjà que l'alimentation est une passion. Dès lors, je me lance donc dans un **DUT Génie Biologique en diététique**. Je prolonge par la suite ce beau cursus dans une **Licence et un Master Alimentation**, spécialisés dans les sciences sociales. J'y apprends les dimensions sociales essentielles de l'alimentation, totalement complémentaires à la diététique.

La chirurgie bariatrique a toujours attisé ma curiosité et mon intérêt. En effet, au-delà des recommandations diététiques à mettre en place après la chirurgie, comment les opérés gèrent ils leur alimentation au quotidien, sachant tous les changements que cela implique ?

Pendant deux ans, j'ai donc pu mener une réelle étude autour des impacts de la chirurgie bariatrique sur l'alimentation familiale. **Car ce projet de vie qu'est la chirurgie, en impactant sur l'alimentation de l'opéré, impacte également sur celle de tout le foyer, qui doit lentement se réadapter.**

J'ai donc eu l'idée de créer ce site internet afin de permettre aux opérés et à leur entourage de mieux vivre leur alimentation au quotidien.

Marie

Diplomes...

DUT Génie Biologique diététique (2013)

Licence
Sciences sociales de l'Alimentation (2014)

Master Alimentation
Parcours Sciences Sociales (2016)

Publications...

FURLAN Marie. « Manger avec les autres » : une difficulté en France pour les opérés d'une chirurgie bariatrique. Mémoire de Master 1, Toulouse : ISTHIA, Université Toulouse Jean Jaurès, 2015, 124 p.

FURLAN Marie. L'obésité dans le couple : quand le poids s'impose dans le lit conjugal. Diabète & Obésité, 2016, 11 : 157- 159.



Marie FURLAN
diététicienne

© 2016

Baria'Alim

Forum de discussion entre opérés d'une chirurgie bariatrique et/ou leurs conjoints : Venez échanger sur le vécu de l'alimentation après une telle opération !

Accueil | Calendrier | FAQ | Rechercher | Membres | Groupes | Profil | Messagerie | Déconnexion [Admin]

Rechercher... Rechercher

La date/heure actuelle est Lun 8 Aoû 2016 - 10:29 — Dernière visite le Mer 3 Aoû 2016 - 18:45

Voir les nouveaux messages depuis votre dernière visite • Voir ses messages • Voir les messages sans réponses — Marquer tous les forums comme lus

LES REPAS FESTIFS APRÈS LA CHIRURGIE BARIATRIQUE	SUJETS	MESSAGES	DERNIERS MESSAGES
J'ai du mal à gérer les repas de famille	0	0	
Les repas au restaurant sont compliqués	0	0	

LE RÔLE DES CONJOINT(E)S DANS L'ALIMENTATION	SUJETS	MESSAGES	DERNIERS MESSAGES
Mon conjoint me soutient pour l'alimentation : il mange de la même manière que moi	0	0	
Mon conjoint ne me soutient pas assez pour l'alimentation	0	0	

GÉRER LA CHIRURGIE SUR LE LONG TERME	SUJETS	MESSAGES	DERNIERS MESSAGES
Mon opération date, mes démons alimentaires ressurgissent	0	0	
les limites physiques de mon estomac diminuent : je peux manger plus ...	0	0	

CORBEILLE	SUJETS	MESSAGES	DERNIERS MESSAGES
Corbeille Corbeille du forum	0	0	

Sujets actifs du jour • Top 20 des posteurs du jour • Top 20 des posteurs du forum — Supprimer les cookies du forum

QUI EST EN LIGNE ?

Il y a en tout **1** utilisateur en ligne :: 1 Enregistré, 0 Invisible et 0 Invité
Le record du nombre d'utilisateurs en ligne est de **3** le Mer 3 Aoû 2016 - 16:09

Utilisateurs enregistrés : **Admin**

Aucun membre ne fête son anniversaire aujourd'hui
Aucun membre ne fête son anniversaire dans les 7 prochains jours

*Légende : [**Modérateurs**]*

STATISTIQUES

Nos membres ont posté un total de **1** message
Nous avons **1** membre enregistré
L'utilisateur enregistré le plus récent est **Admin**

Nouveaux messages — Pas de nouveaux messages — Forum Verrouillé

Accueil — Forum gratuit | © phpBB | Forum gratuit d'entraide | Statistiques | Contact | Signaler un abus

news

L'initiative Baria'chef !

July 27, 2016

BARIA'CHEF

Depuis 2014, une initiative a été lancée pour soutenir les opérés d'une chirurgie bariatrique lors de leurs repas au restaurant.

Les restaurateurs adhérents proposent dans leurs établissements un menu adapté aux opérés à la fois en quantité, en qualité, et en prix !

Cette idée est née d'un partenariat entre un laboratoire de recherche et développement sur les maladies métaboliques (LNC), une association de personnes obèses (ALOA) et un institut de formation en restauration (ICFA).

La liste des restaurants partenaires figurent sur le site internet : www.bariachef.com



Tags: restaurant initiative

Share on Facebook Share on Twitter

Marie FURLAN
diététicienne

© 2016

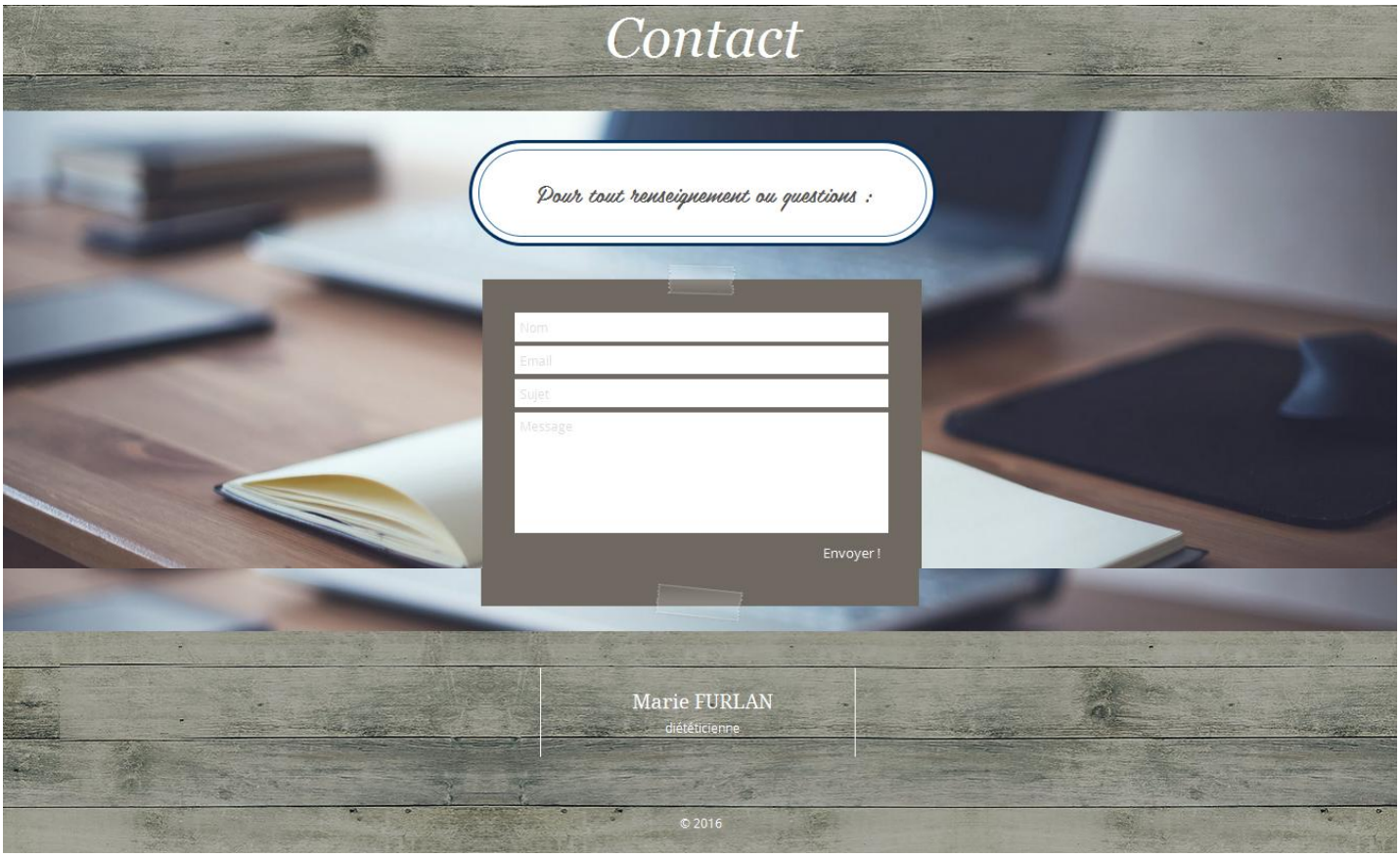

Contact
Pour tout renseignement ou questions :
Nom
Email
Sujet
Message
Envoyer !
Marie FURLAN
diététicienne
© 2016

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

FIGURES :

Figure 1 : Les trois pôles de gestion du stress conjugal 41
Figure 2 : L'équilibre de la relation amoureuse selon Pagès (2008) 44
Figure 3 : Évolution des techniques de chirurgie bariatrique de 2006 à 2011 88
Figure 4 : Taux standardisé d'intervention de chirurgie bariatrique en France en 2011 (pour 10 000 personnes résidentes) 89
Figure 5 : Courbe représentative du rétro-planning de la phase probatoire 91
Figure 6 : Logo du site internet 146

TABLEAUX :

Tableau 1 : Experts interrogés lors de la phase exploratoire..... 24
Tableau 2 : Patients et conjoints interrogés lors de la phase exploratoire 25
Tableau 3 : Évolution des temps sociaux quotidiens de 1986 à 2010..... 37
Tableau 4 : Critères d'évaluation de la qualité relationnelle conjugale..... 43
Tableau 5 : Critères d'échantillonnage de la phase probatoire..... 78
Tableau 6 : Description des couples interrogés..... 85
Tableau 7 : Rétro-planning de la phase probatoire 91

TABLE DES MATIÈRES

Introduction *7*

Première partie :

Contexte de l'étude et cadre théorique *9*

Chapitre 1 : Naissance du projet d'étude **10**

1. L'exploration d'un nouveau sujet d'étude en sociologie de l'alimentation : apports du mémoire de Master 1 10

1.1 La chirurgie bariatrique 11

1.1.1 L'obésité et ses conséquences sociales 11

1.1.2 La décision de chirurgie bariatrique 14

1.1.3 Une nouvelle alimentation engendrée par la chirurgie 15

1.2 Le travail mené en Master 1 : articulation entre chirurgie bariatrique et commensalité 16

1.2.1 Bases théoriques de la commensalité 16

1.2.2 Importance dans le modèle alimentaire français 17

1.2.3 La problématique de recherche en Master 1 20

2. Mission au sein de la structure 22

2.1 Une mission sur deux ans 22

2.2 Contexte de la mission 22

3. Une étude exploratoire riche en informations 23

3.1 Une revue de littérature complétée par des entretiens d'experts 23

3.2 Entretiens exploratoires menés auprès de patients opérés et de conjoints d'opérés 24

3.3 Une commande plus précise 26

Chapitre 2 : Le couple : une configuration toute particulière **27**

1. Le couple : une institution sujette aux changements 27

1.1 La famille : une entité discutée 27

1.1.1 Proposition de définition 27

1.1.2 Évolution de la famille 29

1.2 Le couple : une relation incertaine ? 30

1.2.1 La naissance du couple 30

1.2.2 Évolution du couple 31

2. La dynamique conjugale 32

2.1 Le cycle conjugal 32

2.1.1 Un modèle intelligible 32

2.1.2 Le passage de grandes étapes 33

2.1.3 La répartition des rôles au sein du couple 35

2.2 L'espace conjugal 37

3. Les crises au sein du couple 39

3.1 Les causes des crises conjugales 39

3.2 Résoudre les crises conjugales 40

3.3 Critères d'évaluation du bien être conjugal 42

Chapitre 3 : Commensalité conjugale et chirurgie bariatrique 45
1. Couple et chirurgie bariatrique 45
1.1 Changement de la vie sexuelle 45
1.1.1 Fertilité 45
1.1.2 Qualité de vie sexuelle 46
1.2 Changement du relationnel conjugal 47
1.2.1 Satisfaction maritale globale 48
1.2.2 Estime de soi 49
1.2.3 Rapport au corps 52
1.2.4 Naissance de crises 54
2. Commensalité conjugale : un « manger ensemble » tout particulier pour le couple 57
2.1 Contexte familial et alimentation : les grandes étapes du couple 57
2.1.1 L'avant mise en couple 58
2.1.2 La mise en couple et les débuts du couple 58
2.1.3 L'arrivée de l'enfant et le couple vieillissant 61
3. Commensalité conjugale et chirurgie bariatrique : problématique et hypothèses générales 63
3.1 Effets de la commensalité sur l'entourage de l'opéré 63
3.2 Caractéristiques de l'entourage des opérés : des problèmes de poids sous jacents 66
3.3 Tensions au sein de la famille et du couple pendant le repas 68
3.4 Problématisation et hypothèses 71

Seconde Partie :

Méthodologie du projet et résultats descriptifs 74

Chapitre 4 : Méthodologie de collecte des données 75
1. Méthodologie d'échantillonnage et de recrutement 75
1.1 Échantillonnage 75
1.2. Le recrutement 78
2. Outils de collecte utilisés 80
2.1 La méthode de l'entretien semi-directif 80
2.1.1 Théories autour de ces pratiques 80
2.1.2 Les guides d'entretien utilisés 81
2.1.3 La frise biographique 82
2.1.4 La mise en situation 82
3. Caractéristiques de l'échantillon 83
3.1 Description détaillée des couples interrogés 83
3.2 Description globale de l'échantillon 87
3.3 Difficultés rencontrées 90
3.3.1 Le recrutement 90
3.3.2 Les modalités d'entretien 92

Chapitre 5 : Analyse des résultats par hypothèses 94
1. Première hypothèse : Soutien conjugal et impact sur la commensalité familiale et conjugale 94
1.1 L'inquiétude du conjoint peut se traduire par une hyper vigilance alimentaire 95
1.2 Des tensions liées à l'apprentissage de nouvelles habitudes 96
1.3 Une hyper vigilance faisant office de garde-fou nutritionnel 98
2. Seconde hypothèse : Soutien conjugal et naissance de nouvelles habitudes alimentaires au sein du foyer 100
2.1 Suivre l'autre dans une dynamique de soutien 101
2.1.1 Les quantités 101
2.1.2 Le rythme 102
2.1.3 La qualité 102
2.2 Suivre l'autre dans l'optique d'améliorer ses propres comportements 103
2.2.1 Et pourquoi ne pas en profiter ? 103
2.2.2 Des raisons de santé 104
2.3 Suivre l'autre : choix ou obligation ? 105
2.3.1 Les priorités changent 105
2.3.2 Les achats changent 106
2.3.3 Les quantités changent 108
2.3.4 Le contexte des repas change 108
2.4 L'adoption de nouvelles habitudes…pas si saines ! 109
2.4.1 Les repas exceptionnels 110
2.4.2 Manger par procuration 112
3. Troisième hypothèse : Réorganisation des rôles conjugaux dans les tâches culinaires 113
3.1 Un conjoint qui doit prendre le relais 114
3.2 Des stratégies mises en place pour éviter une surcharge du conjoint 115
3.3 Un désir de cuisiner exacerbé chez les opérés 116
4. Quatrième hypothèse : la chirurgie est un projet personnel avant tout 118
4.1 Ils ne se sont pas faits opérés eux ! 118
4.2 Les habitudes ne changent pas et cela me pénalise 120
4.2.1 Les débuts après l'opération 120
4.2.2 Plusieurs années après l'opération 121

Troisième Partie :

Discussion autour des résultats et application concrète 124

Chapitre 6 : L'adaptation au cœur du quotidien des opérés 125
1. Discussion autour des résultats obtenus 125
2. Les limites de l'étude 127
3. Apports de ces résultats : de la théorie à mettre en pratique 127
3.1 Une prise en charge globale du patient et de son entourage 128
3.1.1 Des conjoints en demande d'information 128
3.1.2 La nécessité de s'adapter : lacune de la prise en charge médicale ? 129
3.1.3 Le soutien social au cœur du vécu des opérés 133

Chapitre 7 : La création d'un outil de communication utile aux opérés et à leurs conjoints..... 136
1. Internet : du réseau social à la communauté virtuelle..... 136
1.1 Bénéfices des communautés virtuelles..... 136
1.2 La fiabilité des informations de santé..... 137
1.3 La modération par un expert..... 138
2. Une communauté virtuelle, mais pas seulement..... 140
2.1 La dynamique des groupes..... 140
2.2 La méthodologie de la réunion de groupe..... 142
2.3 Les sujets à aborder lors des réunions de groupe..... 143
2.4 Modalités techniques du projet..... 144
2.4.1 Les internautes..... 144
2.4.2 Organisation et modèle économique..... 145
3. Présentation de l'outil..... 146
3.1 Le site internet dans sa globalité..... 146
3.2 Le forum de discussion..... 147
3.3 Le blog..... 147

Conclusion..... 149

Bibliographie..... 151

Table des annexes..... 163

Table des figures et tableaux..... 270

Table des matières..... 271

Résumé

Le repas est un lieu primordial d'échange entre tous les membres d'une famille, et plus particulièrement au sein du couple. La chirurgie bariatrique, en modifiant le système digestif, provoque de grands changements quantitatifs et qualitatifs au niveau de l'alimentation des opérés. La présente étude réalisée auprès de 20 couples d'opérés bariatriques et de leurs conjoints a prouvé que la commensalité conjugale avait des effets notoires sur l'alimentation de l'opéré, qu'ils soient positifs ou négatifs. De ce fait, le repas familial et conjugal devient un lieu où différentes stratégies doivent être mises en œuvre afin de s'adapter à cette nouvelle alimentation, tant pour l'opéré que pour celui qui partage sa vie. Tout l'objet ici est donc de fournir un outil de terrain, capable d'aider ce type de public.

Mots-clés

Commensalité - Couple - Chirurgie Bariatrique - Adaptation

Abstract

Meal is an essential place of exchange between all the family members, especially within the couple. Bariatric surgery, by modifying the digestive system, causes major changes in a quantitative and qualitative way for the post-operative patient's diet. This present study, conducted with 20 couples of post-operative patients and their spouses, proved that conjugal commensality have impacts, both positives and negatives, on the patient's diet. Therefore, family and conjugal meal become a place where different strategies have to be implemented in order to adapt to this new diet, both for the post-operative patient and the one who shares his life. The purpose of this study is to provide a practical tool helpful for that kind of population.

Keywords

Commensality - Couple - Bariatric Surgery - Adaptation