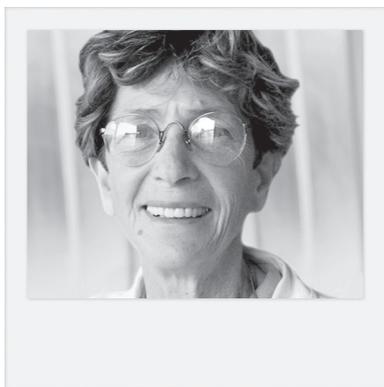


Expérience d'un groupe de parole d'adolescents obèses avant une chirurgie bariatrique

RÉSUMÉ : Face à l'augmentation des demandes de chirurgie bariatrique chez les adolescents obèses, est née une initiative de groupes de parole ayant pour objectif l'évaluation du niveau d'élaboration des adolescents autour de l'acte opératoire, en favorisant leur expression avant l'intervention. Pour réaliser ce travail, il nous a semblé utile de confronter ces adolescents à la réalité d'un adolescent déjà opéré.

Cet article développe les échanges de ces adolescents, lors de deux séances, à 6 mois d'intervalle. La première séance a permis d'aborder des thématiques telles la confiance à accorder aux autres, la douleur, l'image du corps, la difficulté de l'attente ainsi que les questions posées par les traitements post-chirurgicaux. La seconde séance a mis en évidence un blocage de la pensée, du fait de l'imminence de l'intervention : l'acte semble sidérer la pensée et désolidariser le groupe.

Nous avons pu ainsi constater que l'appropriation d'informations médicales et diététiques est un préalable indispensable à tout travail d'élaboration. Malgré une diversité des situations présentées, l'angoisse sous-jacente révèle une peur de mort indicible qui sidère et qui doit donc tenter d'être contenue. De plus, même si elle peut aussi comporter certaines limites, la confrontation à un pair ayant vécu une chirurgie bariatrique est riche d'expérience, puisqu'elle amène les adolescents à penser la relativité de l'intervention et à élaborer autour d'un "acte concret".



→ **M. DREYFUS, L. ODERDA**
Service de Nutrition
et Gastroentérologie pédiatriques,
Hôpital Armand-Trousseau, PARIS.

Les enfants et adolescents sont de plus en plus souvent atteints d'obésité morbide pour laquelle ils ont souvent déjà tenté de multiples prises en charge sans succès. Face à cette évolution, la chirurgie bariatrique est de plus en plus envisagée et justifie la mise en place d'une prise en charge spécifique, notamment au plan psychologique.

L'idée d'un groupe d'adolescents en processus pré-chirurgical est née de cette nécessité. Elle repose sur le postulat qu'une intervention chirurgicale est toujours une effraction du corps, accompagnée plus ou moins de douleur, de mutilation mais aussi d'angoisses et d'illusions. De plus, elle implique que, quels que soient les bénéfices d'une inter-

vention, celle-ci a un impact sur l'**activité de penser** des patients [2]. L'objectif de la création d'un groupe de parole était donc de permettre, par une approche se situant entre l'acte et la pensée, d'évaluer le niveau d'élaboration des adolescents en favorisant l'expression autour de l'acte opératoire. Pour réaliser ce travail, il nous a semblé utile de les confronter à la réalité d'un adolescent déjà opéré.

Méthodologie et population étudiée

1. Cadre de l'expérience

Nous avons mené une expérience pilote, limitée dans le temps, qui a consisté en deux séances de groupes de

REVUES GÉNÉRALES

Obésité

parole, à 6 mois d'intervalle, en mars et septembre 2011. Elles ont réuni des adolescents pour lesquels une chirurgie bariatrique avait été décidée ainsi qu'une adolescente déjà opérée.

L'association libre étant le référentiel théorique choisi pour le groupe, chaque adolescent était libre d'aborder les questions ou les thématiques qu'il désirait, le psychologue n'intervenant que pour favoriser la circulation de la parole. Le temps de parole de chaque rencontre a été fixé à 1 h 30 min. Les parents accompagnateurs n'ont pas été conviés à participer aux groupes de parole.

2. Population

Notre population était composée de 4 adolescents en attente d'intervention chirurgicale bariatrique et d'une adolescente ayant bénéficié du même type d'intervention 1 an auparavant. La moyenne d'âge était de 15 ans. Nous avons délibérément limité le nombre de participants dans la mesure où s'agissant d'une expérience pilote, il nous fallait définir des adolescents ayant une personnalité très spécifique pour favoriser l'expression autour de l'acte opératoire et nous permettre d'être au plus près du niveau d'élaboration psychique des adolescents.

Tous ont été pris en charge en consultation pluridisciplinaire pendant au moins une année avant la demande d'intervention chirurgicale, dans le service de Nutrition et Gastroentérologie pédiatriques de l'hôpital Armand-Trousseau. Toutefois, devant des tentatives à répétition de régimes sans effet et des critères médicaux objectifs devenus plus alarmants (IMC supérieur à 40 et comorbidités associées), le **dernier recours** thérapeutique a été de leur proposer une chirurgie bariatrique [1].

Au travers des entretiens individuels effectués durant leur suivi, tous ces

adolescents ont exprimé une réelle souffrance psychologique, notamment liée à l'absence de maîtrise sur leur poids, à un sentiment d'impuissance après avoir testé toutes les solutions sans succès. Leur demande à l'égard de la chirurgie souvent catégorique, dans l'immédiateté, semblait témoigner de leur volonté d'acquiescer un autre statut : actif, participant aux soins, **en alliance** avec le chirurgien... et était d'autant plus à prendre en compte qu'elle faisait suite à l'entretien avec leur médecin qui leur avait expliqué le processus opératoire et les changements éventuels pouvant survenir dans leur vie après l'intervention.

Restait à analyser de quelle manière ils percevaient la réalité de cette dernière solution, chirurgicale.

Déroulement et analyse des deux séances

1. Première séance (mars 2011)

Les adolescents sont arrivés les uns après les autres, accompagnés de leurs parents auxquels nous avons demandé d'attendre leurs enfants en dehors du service.

PS, OA, GP étaient à l'heure, ZT un peu en retard. Ils se sont installés librement autour de la table et ont tout de suite pris les choses en main, laissant peu d'espace aux psychologues.

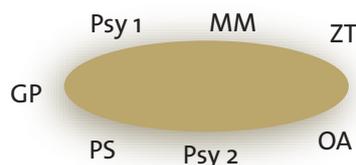


Fig. 1

Différents mouvements de pensée ont été observés durant ce premier groupe.

● L'étonnement et l'appartenance

Les adolescents ont d'emblée paru surpris par le corps "encore gros" de MM qui – pourtant – venait de perdre 30 kg. Elle restait "grosse" à leurs yeux, si bien que certains paraissaient presque "décus *a priori*" par la chirurgie.

La confrontation à cette réalité a été brutale. La subjectivité de la perte de poids leur est apparue soudainement : "Qu'est ce que perdre 30 kg quand on en fait 150 ?"

Cependant, ce premier constat les a fait rapidement associer sur la **méchanceté de certains regards** qu'ils pouvaient provoquer. Se savoir "regardés" dans la rue les a conduits à penser leur corps à la fois comme objet de fascination et de mépris et les a ainsi amenés à parler de ce qu'ils subissent au quotidien : "On devient parano..." (PS)

Cependant, ce premier mouvement a également permis de générer un **phénomène immédiat d'appartenance** au groupe pour chacun des adolescents. Alors que cette situation aurait pu paraître angoissante : "appartenir à un groupe d'adolescents gros" à un âge où le groupe de référence permet de se construire identitairement, il est apparu que ces adolescents – partageant les mêmes difficultés et surtout les mêmes aspirations – pouvaient se "reconnaître" comme semblables et se parler en toute "confiance"... [3].

● L'impossible confiance à accorder aux autres

Ce sentiment a été verbalisé aussitôt par PS, qui a demandé à MM : "L'as-tu dit à tes amis ou pas ?"

Ensuite, la question a été abordée par chaque adolescent suivant sa "sensibilité au regard des autres" et déclinée diversement : il y a celui qui ne supporte pas son corps, se déprécie, s'isole, fuit

Vignettes cliniques

Les jeunes en attente de chirurgie

● PS, jeune homme de 15 ans

PS est pris en charge en octobre 2010. Son IMC est alors de 50.

Issu d'un couple séparé depuis 2001, il vit avec sa mère et son frère de 18 ans. PS est suivi depuis plusieurs mois par un psychiatre qui le décrit comme ayant une personnalité "dépressive, suicidaire et phobique", d'où sa décision de le déscolariser à la rentrée 2011 (niveau de Seconde générale) et de prescrire un traitement antidépresseur.

Avant de proposer une intervention, il a été décidé que PS serait hospitalisé 15 jours dans le service pour évaluer sa tolérance à la restriction. Au cours de cette hospitalisation, un bilan de personnalité pré-chirurgical est effectué. Il met en évidence qu'au niveau psychique, aucune barrière protectrice ne préserve PS d'un environnement potentiellement dangereux. Ses mécanismes de défense peu opérants l'amènent à des distorsions perceptives et des représentations angoissantes, paralysantes. Toutefois, PS a toujours fait preuve d'un potentiel cognitif important lui permettant de se ressaisir et de se réinscrire dans la réalité du test.

Compte tenu de sa fragilité, il nous est apparu indispensable, d'une part, qu'il puisse élaborer autour de l'angoisse que la chirurgie pouvait générer en lui et, d'autre part, que son psychiatre soit partie prenante dans la prise de décision concernant l'intervention.

● ZT, jeune fille de 16 ans et demi

ZT est prise en charge depuis 2008. Son IMC est alors de 40.

Elle est la cadette d'une fratrie de 6 enfants. Une de ses sœurs est en surpoids, comme leur père qui, par ailleurs, est en cours de traitement pour un cancer de l'estomac.

ZT est inconstante dans sa motivation. Elle a même voulu séjourner en Centre diététique durant son suivi, mais nous n'avons pas accédé à sa demande, craignant des résultats décevants à long terme. De plus, malgré la gêne réelle que représente son obésité, ZT a toujours eu une bonne image corporelle. Elle paraît donc plutôt en demande de réflexion sur son vécu corporel que sur un projet chirurgical : lui faut-il rester telle qu'elle est puisqu'elle se plaît, ou doit-elle maigrir ainsi que lui répètent ses proches ?

● GP, jeune homme de 16 ans

GP est pris en charge en septembre 2010, après plusieurs échecs de consultations diététiques en ville. Son IMC est alors de 40.

GP vit chez son père depuis quelques mois après avoir vécu avec sa mère, à la suite de la séparation de ses parents en 2006. Il a une demi-sœur et un demi-frère côté paternel et un demi-frère côté maternel.

GP a intégré en 2010 un CAP de Cuisine qu'il poursuit actuellement et qui semble être, pour une grande part, à l'origine de sa décision de maigrir.

Une expertise psychologique en janvier 2011 montre une absence de contre-indication à la chirurgie bariatrique. Il se présente comme un adolescent mature avec un projet professionnel bien défini et tout à fait investi. L'intervention représenterait pour lui, outre le fait de modifier son image corporelle, un moyen de s'autonomiser davantage de son entourage familial, par ailleurs, très étayant.

● OA, jeune fille de 15 ans

OA a été prise en charge en octobre 2010. Son IMC est alors de 52.

Elle est en Seconde générale. Issue d'une fratrie de 6 enfants, OA souffre d'obésité "depuis toujours". Sa mère, opérée d'un *bypass* après l'échec d'un anneau gastrique, reste toujours très handicapée par son poids.

Il est à noter que, dès le début de la prise en charge, cette adolescente nous apparaît comme vouée à une forme de "mandat familial" à la chirurgie. Elle a subi différentes tentatives de suivis et d'échecs diététiques et médicaux depuis l'âge de 4 ans. Quant à son frère (lui-même opéré d'un anneau gastrique), il aurait obligé sa sœur, alors âgée de 5 ans, à se mettre à un régime restrictif pendant 1 an.

Le test de personnalité, effectué en avril 2011, montre une adolescente assez immature, présentant une tendance à l'idéalisation de la chirurgie, ayant recours à une "pensée magique" et, en conséquence, à une approche peu réaliste de l'acte opératoire. Néanmoins, l'étayage familial important et les mécanismes de défense opérationnels qu'elle présente ont permis d'envisager une possible intervention.

La jeune adolescente déjà opérée

● MM, 15 ans

Au moment où il a été décidé de l'opérer, MM était en Seconde générale et vivait seule avec sa mère. Celle-ci avait bénéficié en 2006 d'un *bypass* mais dont la finalité était avant tout de limiter la gravité de son diabète.

C'est après 18 mois de prise en charge dans le service que MM est opérée d'un bypass en avril 2010. Son IMC est alors de 54.

Avant l'intervention, il s'agissait d'une adolescente réservée dont l'expression orale était pauvre et les élaborations difficiles, voire impossibles, autour de ses angoisses liées à l'intervention. Sa seule détermination et son seul objectif étaient d'être opérée comme sa mère, vis-à-vis de laquelle l'identification est totale. Toutefois, il était impossible de savoir comment elle vivait avec son corps qu'elle ne rejetait pas réellement, même si elle affirmait ne pas "le supporter tel quel", le vouloir différent et beaucoup plus maigre.

Après son intervention, l'attitude de MM a sensiblement changé : elle a commencé peu à peu à s'intéresser à son apparence corporelle, en choisissant le poids auquel elle voulait parvenir. Elle a pu aussi peu à peu parler de sa souffrance avant l'intervention. Toutefois, son expression est toujours restée limitée et violente comme si elle refusait toute compassion à son égard.

REVUES GÉNÉRALES

Obésité

le regard des autres, a éventuellement recours à des médias (jeux en réseau, Internet, etc.) pensant certainement “maîtriser” davantage son image et celui qui apprécie son corps tel qu’il est, ayant une bonne estime de soi, ou encore celui qui parvient à en tirer des “bénéfices secondaires” (les parents continuent à s’inquiéter pour lui, un physique impressionnant lui procure le respect de ses pairs, une allure provocatrice le marginalise de la société).

Quoi qu’il en soit, pour tous, l’impact de ce regard est important. La “honte” reste très présente dans les discours de ces adolescents : honte de manger en public, de ne pas parvenir à maigrir, d’être dévisagé. Ils ont pu confier leur crainte d’être jugés par les autres comme des “feignants” ne réussissant pas à suivre leurs régimes, étant prêts à choisir des “solutions de facilité” comme la chirurgie. Leur but est de se “resocialiser” et de se voir “normaux”, dans tous les cas, **plus comme cela**.

● La douleur

C’est OA qui a abordé la chirurgie sous l’angle de la douleur : “*Est-ce que ça fait mal ?*”

Rappelons que la mère de OA a elle-même été opérée après avoir eu un anneau gastrique qui a été source d’intenses douleurs et d’un état physique aujourd’hui encore altéré.

MM est alors intervenue en affirmant qu’en postopératoire des antidouleurs leur seraient prescrits, ce qui a eu un effet “anesthésiant” sur le groupe qui n’a pas poursuivi ce questionnement. En effet, seul PS a réagi : “*De toute façon, vaut mieux pas y penser, sinon on fait demi-tour avant le bloc !*”

À ce moment, dans le groupe, il y a comme un **refus de penser** à une éventuelle souffrance au-delà de la douleur.

● L’image du corps

Le silence est ensuite rompu par ZT qui s’exprime pour la première fois : “*Et la peau, peut-elle supporter une perte de poids si importante ? On ne retire vraiment rien ? La peau va-t-elle bien se retendre ?*”

Pour ZT, c’est l’angoisse d’une modification de son image dans le regard des autres et, par extension, vis-à-vis de la société qui paraît la plus prégnante.

Son discours est de nouveau repris par MM. Elle axe alors son propos non pas sur les différentes angoisses évoquées, mais sur tous les bénéfices en termes de qualité de vie. Elle affiche son expérience, explique pouvoir remettre certains vêtements et bijoux qu’elle ne mettait plus, avoir une activité physique facilitée. De plus, pour elle, la chirurgie était “indispensable” pour son métier futur (elle voudrait être esthéticienne).

● L’attente

MM a gardé la parole et orienté son discours sur l’attente. Cette attente, qui renvoie l’adolescent à un vécu de passivité, a été selon elle la chose la plus difficile à supporter. Elle exprime son sentiment d’avoir été **le jouet** des médecins : “*On se moquait de nous. On nous donnait pas de date pour l’intervention. À chaque fois c’était repoussé.*”

Néanmoins, les adolescents ont très vite occulté ce problème et, comme dans une tentative d’accélérer le temps, ont voulu parler du “temps de l’après”.

● Le traitement

Les suites postopératoires ont donc été abordées, en termes nutritionnels et médicamenteux : “*Combien faut-il prendre de médicaments après ? A-t-on le droit de manger ?*”

MM a alors dépeint une sorte de situation idéale faite de liberté face aux recommandations postopératoires, révélant un désir de “toute-puissante adolescente” et potentiellement agressive, voire de défi, vis-à-vis de la médecine : “*Tu peux manger ce que tu veux et des fois j’ai oublié les traitements !*”

Inexactitude de la remarque qui a été aussitôt soulignée par l’une des psychologues.

Le temps étant écoulé, les échanges se sont ensuite terminés. Les parents ont rejoint leurs enfants mais, pendant quelques minutes, l’attitude provocatrice des adolescents s’est maintenue à la fois à l’égard des psychologues et des parents.

2. Deuxième séance (septembre 2011)

Le groupe s’est positionné différemment.

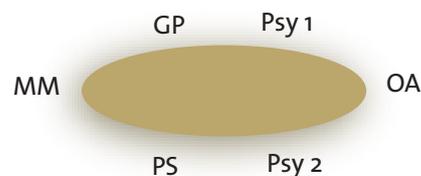


FIG. 2

On notera cette fois :

- L’absence de ZT qui ne s’est pas présentée à cette deuxième séance et au sujet de laquelle OA dira : “*La pauvre ! Elle va pas être opérée.*”
- Le positionnement de MM, d’abord identique à celui de la séance précédente puis qui, quelques minutes plus tard, s’est mise en bout de table, comme présidant la séance à la recherche d’une satisfaction narcissique.
- La difficulté du groupe à entrer en communication, comparativement à la séance précédente.

En effet, une moindre cohésion au sein du groupe s'est fait ressentir. Tous étaient en attente d'un rendez-vous avec le chirurgien et d'une date pour leur intervention. Est-ce l'imminence de l'acte opératoire qui a paru les isoler les uns des autres ? Toujours est-il que la réflexion en a été moins favorisée et que c'est l'agir qui a prévalu. En témoignent les sujets abordés :

● *L'attente*

GP commence à parler en introduisant d'emblée la thématique du délai entre la date de rendez-vous et la date d'intervention, traduisant ainsi le questionnement des adolescents présents : *"Combien de temps faut-il encore attendre ?"*

Une sorte de compétition s'est alors instaurée : *"Et toi, c'est quand que tu vois le chirurgien ?"* OA se dit pressée, ne cessant de penser à ça depuis le premier groupe.

● *La communication en dehors du milieu familial*

C'est surtout le problème de la scolarité qui a été soulevé. On découvre que, en fait, OA n'a pas pensé à parler de son projet dans son établissement. Elle se justifie devant le groupe en disant que c'est beaucoup trop tôt. Elle ne paraît pas avoir anticipé ni mesuré l'incidence de l'intervention sur son suivi scolaire dans les prochains mois. Elle témoigne ici d'un évitement phobique, pour ne pas avoir à en dire quelque chose à ses professeurs ou ses camarades.

GP, au contraire, en a toujours parlé autour de lui. PS profite de cet échange pour dire qu'il est déscolarisé depuis la rentrée. Il a l'intention de suivre ses cours à distance et ne veut surtout pas avoir à parler de son intervention autour de lui. Il veut garder ça "en lui".

Cette thématique, qui fait écho à celle du groupe précédent où chacun s'interrogeait sur la confiance à accorder aux autres, révèle ces incontournables "aller-retour" dont les adolescents ont toujours fait preuve au cours de ces échanges.

● *Les attentes concernant la chirurgie*

Les psychologues suscitent ensuite une réflexion sur l'après-chirurgie en demandant aux adolescents quelles sont leurs attentes, avec comme intention de comprendre si la chirurgie a été pensée ou si elle n'est qu'un idéal, voire le fruit d'un atavisme familial.

OA parle de "revivre". Sa représentation de l'après est idéalisée et fait écho aux échanges du premier groupe.

GP, quant à lui, parle de pouvoir "refaire du sport" et renouer ainsi avec une vie en société. PS se saisit de cette réponse pour dire qu'il attend également de pouvoir "refaire de la musique en studio", car cela lui était impossible à cause de la chaleur depuis quelques mois. Son attente résonne pourtant différemment de celle de GP et paraît davantage se situer dans une démarche narcissique que dans une dynamique de réintégration d'un groupe de pairs.

C'est seulement à ce moment de la rencontre que MM dévoile ce qu'avait été son attente avant la chirurgie, déclarant qu'elle se souvient avoir voulu "retrouver des activités communes avec ses amis"...

● *L'acte qui sidère*

Lorsque la douleur commence à être évoquée, la pensée émerge à nouveau, non sans manifestation d'angoisse. Cependant, comme pour ne pas laisser la place à d'autres pensées, MM intervient sur deux points plus factuels : le repos postopératoire et la durée de l'intervention.

Cette émergence soudaine de la réalité de l'acte – jusqu'ici idéalisé, banalisé – a comme sidéré les adolescents, chacun à leur tour, les poussant à réduire l'intervention à "un détail" : GP se focalise sur la poche à urine qu'il aura dans les jours qui suivront l'intervention ; OA n'arrive pas à admettre l'idée d'un temps de repos post-chirurgical d'un mois ; PS s'en tient avec une certaine tonalité obsessionnelle au fait qu'il ne pourra pas boire dans les jours qui suivront l'intervention. Les adolescents réalisent également qu'ils ont mal évalué le temps d'intervention, comme PS qui minimisait sa durée à 2 heures "tout compris" !

● *Les proches*

Ensuite, le discours se poursuit sur une forme de souffrance pas encore évoquée jusque-là : celle de ne pas sentir tous leurs proches **derrière eux** dans ce projet.

Nous apprenons ainsi que GP n'est pas soutenu par son père dans cette démarche, et il déclare qu'il a besoin de lui en parler pour comprendre. PS se sent jugé par son frère, thème qu'il n'avait pas pu préciser la dernière fois et qui le perturbe. Quant à OA, la ferveur familiale qu'elle nous décrit est telle que cela nous interroge toujours sur la véritable demande de la jeune fille.

À noter que, à la fin de cette dernière séance, les parents venus chercher leurs adolescents ont clairement exprimé leur frustration car, bien que prévenus, ils auraient souhaité au terme de ces deux séances de groupe que nous leur fassions tout de même une "synthèse" des rencontres.

Discussion

Cette expérience pilote d'animation de groupes d'adolescents obèses en processus pré-chirurgical nous a permis de tirer plusieurs enseignements. D'une part,

REVUES GÉNÉRALES

Obésité

elle envisage ce projet de groupe non pas en ayant recours à des modèles adultes, mais en prenant en compte les problématiques spécifiques de l'adolescence. D'autre part, elle nous a donné la possibilité d'étayer notre réflexion autour de plusieurs points :

>>> Le premier point porte sur l'importance des informations et connaissances médicales dans le processus d'intégration des données et d'**appropriation** par les adolescents du projet de chirurgie. Cette préparation par le corps médical apparaît comme indispensable aux adolescents afin qu'ils puissent accéder à une représentation mentale de l'acte chirurgical (voir page).

>>> Le second point consiste dans le fait que, malgré la diversité des situations (demande, situation familiale, vécu, origine, sexe, etc.), le groupe est **UN** face à une angoisse de mort qui a pu resurgir à l'évocation de l'acte chirurgical, cette angoisse se manifestant par des craintes de perte, processus caractéristique de l'adolescence. Cette crainte se trouve sans doute à l'origine des manifestations agressives que l'on observe dans le groupe : car s'il s'agit de continuer à exister, des attitudes de défi, de rivalité et éventuellement de risque peuvent émerger.

Pour ces adolescents, l'acte chirurgical vient poser un nouveau questionnaire : "*Vais-je perdre seulement ce qui me gêne ou vais-je perdre ce que je suis ?*"

L'abandon de ZT et le moment de sidération lors du second groupe témoignent certainement de cette lutte interne des adolescents : l'acte opératoire représente-t-il une solution ou une annihilation ? Si la deuxième séance en groupe

n'a pas permis autant d'élaboration que la première, **si l'agir a prévalu sur la pensée**, c'est que "penser" paraît risqué voire coûteux en temps, en remise en question... Ces jeunes adolescents souffrant d'obésité morbide ont trop longtemps expérimenté un vécu de **souffrance passive** au moment de leur prise en charge. En n'obtenant ni les résultats attendus par les médecins ni le reflet d'un corps enfin **différent**, ils pensent sans doute sortir de sentiments d'impasse en trouvant une résolution dans le geste **salvateur** que représente l'acte opératoire.

>>> Le troisième point concerne l'organisation des groupes et le choix de la participation d'un **témoin**. Faut-il proposer à un adolescent opéré de participer à ces groupes ?

On a pu noter que la présence de MM et son discours réaliste ont parfois amené le reste du groupe à penser "à travers elle", à s'en tenir au factuel. Si l'on considère que l'adolescence est une période particulièrement sujette aux **identifications projectives**, il peut être risqué en privilégiant leur potentiel à agir, de figer le potentiel à penser de certains adolescents.

A contrario, ce dispositif peut représenter un repère, voire un modèle sur lequel s'appuyer, quel que soit ce modèle : qu'il soit fidèle aux aspirations des uns et des autres ou plus nuancé, mettant en avant de potentielles déceptions, frustrations. Ainsi, la confrontation physique entre l'opéré et le patient en attente est riche d'enseignements, car elle amène d'emblée à penser la relativité de l'intervention : "*À partir de combien de poids perdu ne me sentira-t-elle plus gros ?*"

>>> Le quatrième point démontre clairement que, compte tenu de notre objectif, les parents doivent être maintenus en dehors des séances de groupe afin d'éviter tout conflit de loyauté, et ce malgré le sentiment de frustration qu'ils peuvent en retirer.

Conclusion

Proposer un groupe de parole à des adolescents avant une chirurgie bariatrique nous paraît représenter un passage nécessaire. Il va leur permettre :

- d'une part, d'exprimer leur angoisse liée au traumatisme engendré par une chirurgie vécue comme mutilatrice ;
- d'autre part, d'anticiper sur leur statut futur au sein de la société : se pose en effet la question de la réappropriation d'un nouveau corps. L'adolescent qui doit affronter un monde nouveau dont il s'était tenu à l'écart "opère", suite à la chirurgie bariatrique, une nouvelle construction de son image du corps qu'elle soit corporelle, libidinale ou sociale. Mais cela peut générer une sorte de crise identitaire qui va astreindre l'adolescent à certains réaménagements psychiques.

Bibliographie

1. BASDEVANT A, CIANGURAC C, TOUNIAN P *et al.* Chirurgie bariatrique chez l'adolescent. In : Traité de Médecine et Chirurgie de l'Obésité, Lavoisier, Paris, 2011, p. 659.
2. DUBERN B, DREYFUS M. Peut-on opérer les enfants obèses ? *Réalités en Nutrition*, 2009;18:4-6.
3. CHAPELIER JB. Les groupes de pairs à l'adolescence. In : Dictionnaire de l'adolescence et de la jeunesse, Marcelli D, Lebreton D, Paris, PUF, 2010, p. 601-604.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.