

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

MÉMOIRE DE 2^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU GRADE MAÎTRISE ÈS SCIENCE (M.Sc)
EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR

SHIRIN ATAEI TALEBI



LE VÉCU DE L'ATTENTE DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE DANS LE
CONTEXTE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 CHEZ LES PERSONNES AVEC
OBÉSITÉ SÉVÈRE AU QUÉBEC

JUIN 2026

Université du Québec en Outaouais

Département des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé :

**Le vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique dans le contexte de la pandémie de
COVID-19 chez les personnes avec obésité sévère au Québec**

Présenté par :

Shirin Ataei Talebi

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvain Brousseau

Directeur de recherche

Aurélie Baillot

Co-directrice de recherche

Chantal Verdon

Membre de jury

Chantal Labrecque

Présidente de jury

Sommaire

L'obésité sévère constitue une problématique majeure de santé publique, associée à des répercussions importantes sur la santé physique, psychologique et sociale des personnes qui en sont atteintes. Pour certaines d'entre elles, la chirurgie bariatrique représente une option reconnue dans la prise en charge de cette condition. Toutefois, l'accès à cette intervention demeure marqué par des délais d'attente prolongés et associé à un sentiment d'incertitude. La pandémie de COVID-19 a accentué cette attente et l'incertitude associées, en entraînant l'annulation ou le report de nombreuses chirurgies électives, contribuant à complexifier davantage le vécu des personnes avec obésité sévère. À notre connaissance peu d'études se sont attardées à explorer le vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique et de l'incertitude chez les personnes avec obésité sévère. Cette étude qualitative descriptive visait à explorer le vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique chez des personnes vivant avec une obésité sévère au Québec dans le contexte de la pandémie de COVID-19, ainsi qu'à décrire les mécanismes d'adaptation mobilisés face à l'incertitude associée à cette période. Les modèles théoriques de l'incertitude de Mishel (1988, 1990) et de l'adaptation de Roy (2009) ont servi de cadres de référence pour orienter et soutenir toutes les étapes de la recherche. La collecte des données a été réalisée auprès de 11 participant.es à l'aide de trois groupes focalisés et de deux entrevues semi-dirigées individuelles. Un questionnaire sociodémographique et un journal de bord ont également complété la démarche. Les données ont été analysées selon l'analyse thématique proposée par Miles et al. (2020) comprenant les étapes de condensation, de représentation des données et de la vérification des conclusions. Les résultats font ressortir

neuf thèmes majeurs ainsi que 21 sous-thèmes illustrant le vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique, et les mécanismes d'adaptation face à l'incertitude liée à cette attente, soit : 1) antécédents de l'incertitude, 2) évaluation de l'incertitude, 3) état de santé physique détérioré, 4) état psychologique fragilisé, 5) limitation dans le fonctionnement des rôles sociaux, 6) complexité dans la trajectoire des soins et services, 7) soutien social, 8) activités occupationnelles et 9) exploration de solutions alternatives. Cette recherche qualitative exploratoire contribue à une meilleure compréhension de l'expérience subjective de l'attente de la chirurgie bariatrique dans un contexte exceptionnel marqué par la pandémie de COVID-19. Elle met en évidence l'importance de reconnaître cette période d'attente comme une étape à part entière du parcours de soins et souligne la pertinence d'un accompagnement infirmier adapté aux besoins physiques et psychosociaux des personnes avec obésité sévère en attente de la chirurgie bariatrique, afin de soutenir leur processus d'adaptation face à l'incertitude.

Mots clés : Chirurgie bariatrique, attente de la chirurgie, incertitude, mécanismes d'adaptation, pandémie de COVID-19.

Table de matière

Sommaire.....	iii
Table de matière	v
Liste des tableaux	xii
Liste des figures.....	xiii
Remerciement.....	xiv
Introduction.....	1
Problématique	4
Le temps d’attente prolongé pour la chirurgie bariatrique	7
Pertinence et justification de l’étude en sciences infirmières	10
But de recherche	12
Questions de recherche	12
Recension des écrits.....	13
Stratégies de recherche	14
L’accès et le temps d'attente pour la chirurgie bariatrique	16
Impact de l’attente de la chirurgie bariatrique sur l’état de santé des personnes avec obésité sévère.....	20

Impact de la pandémie de COVID-19 sur l'attente des chirurgies bariatriques.....	24
Répercussions de l'attente de chirurgie bariatrique sur l'état de santé des personnes avec obésité sévère dans le contexte de la pandémie de COVID-19	26
Lacunes et justification de la recherche	29
Cadres de référence.....	31
Modèle de l'incertitude de Mishel	32
Modèle d'adaptation de Roy.....	35
Arrimage des modèles d'adaptation de Roy et de l'incertitude de Mishel	37
Concepts utilisés pour l'étude.....	39
L'attente	39
L'incertitude	40
Les mécanismes d'adaptation	41
La santé en contexte d'obésité.....	41
Méthodologie	43
Devis de recherche.....	44
Milieu de l'étude.....	45

Population cible	45
Critères de sélection des participant.es	46
Stratégies d'échantillonnage	46
Déroulement de l'étude.....	47
Collecte et analyse des données.....	49
Collecte de données	49
Analyse des données.....	52
Critères de scientificité de l'étude	56
Confirmabilité.....	56
Fiabilité.....	56
Crédibilité	57
Transférabilité.....	58
Considérations éthiques	59
Résultats.....	62
Profil sociodémographique des participants à l'étude	63
Résultat d'analyse thématique	66
Thème I-Antécédents de l'incertitude	68
Sous-thème #1 – Manque d'information sur la chirurgie bariatrique	69

Sous-thème #2 – Imprévisibilité de la date de chirurgie	70
Thème II- Évaluation de l’incertitude.....	71
Sous-thème #1 – Menace.....	72
Sous-thème #2- Opportunité.....	73
Thème III – État de santé physique détérioré	74
Sous-thème #1- Fatigue accentuée	75
Sous thème #2 - Conditions de santé exacerbées	76
Sous-thème #3 – Douleurs musculosquelettiques aggravées	78
Thème IV – État psychologique fragilisé	79
Sous thème #1 – Sentiments négatifs	80
Sous-thème #2 – Stress amplifié	81
Sous-thème #3 – Peur de jugement lié au poids.....	82
Thème V– Limitation dans le fonctionnement des rôles sociaux.....	83
Sous-thème #1 – Activités sociales limitées.....	84
Sous-thème #2 – Confinement obligatoire lié à la COVID-19	85
Thème VI – Complexités dans la trajectoire des soins et services	86
Sous-thème #1 – Suivis préopératoires inadéquats	87
Sous-thème #2 – Manque d’uniformité des services bariatriques selon les établissements.....	88

Sous-thème #3 – Incompréhension dans la priorisation de chirurgie bariatrique	89
Thème VII – Soutien social	91
Sous-thème #1 – Appui des proches et pairs	91
Sous-thème #2 – Ressources issues des médias sociaux	92
Thème VIII – Activités occupationnelles	93
Sous-thème #1- Loisirs	93
Sous-thème #2- Projets personnels	94
Thème IX– Exploration de solutions alternatives	95
Sous-thème #1 – Recours au secteur privé	95
Sous-thème #2 – Considération de la chirurgie à l'étranger	96
Discussion.....	98
Discussion des résultats de recherche.....	100
Thème I - Antécédents de l'incertitude	100
Thème II - Évaluation de l'incertitude	103
Thème III – État de santé physique détérioré	105
Thème IV - État psychologique fragilisé.....	106
Thème V – Limitation dans le fonctionnement de rôles sociaux ...	108
Thème VI- Complexité dans la trajectoire des soins et services	110

Thème VII – Soutien social	113
Thème VIII – Activités occupationnelles	116
Thème IX – Exploration de solutions alternatives	117
Recommandation dans les cinq champs de la pratique infirmière	119
Clinique	120
Formation.....	121
Gestion.....	122
Sociopolitique.....	124
Recherche	125
Limites et force de cette étude	127
Limites	127
Forces.....	128
Conclusion	131
Références.....	134
Appendice A	142
Appendice B	144
Appendice C	150
Appendice D	154

Appendice E.....	156
Appendice F.....	158
Appendice G	161
Appendice H	165

Liste des tableaux

Tableau

1 Profil sociodémographique des participant.es	65
2 Résultat d'analyse	67

Liste des figures

Figure

1 Représentation du temps d’attente pour une chirurgie bariatrique au Québec en 2017 (adapté de : Obésité Canada, 2019).	17
2 Carte conceptuelle représentant l’arrimage des cadres de référence.	38
3 « Étapes d’analyse des données » (Miles et al., 2020) [traduction libre].	53

Remerciement

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude à mes directeurs de recherche pour leur encadrement, leur disponibilité et leurs précieux conseils tout au long de la réalisation de ce mémoire. Je tiens à remercier tout particulièrement le professeur Sylvain Brousseau, mon directeur de recherche, pour avoir accepté de me guider à mi-parcours de la réalisation de ce mémoire. Sa patience, sa rigueur scientifique et sa générosité ont contribué de manière significative à l'aboutissement de ce travail de recherche. J'adresse également mes sincères remerciements à la professeure Aurélie Baillot, ma codirectrice de recherche, pour son accompagnement attentif, sa générosité et ses conseils éclairés. Je la remercie tout spécialement pour avoir partagé avec moi, tout au long de ce mémoire, son expertise et son expérience dans le domaine de l'obésité et de la chirurgie bariatrique. Je remercie également les professeures Chantal Verdon ainsi que Chantal Labrecque, membres du jury, pour avoir accepté d'évaluer la présente étude et pour leur contribution à l'enrichissement de ce travail.

Je souhaite également exprimer ma profonde gratitude aux participant.es de cette étude, qui ont accepté de partager avec générosité leur expérience, leurs réflexions et leurs émotions. Leur confiance et leur ouverture ont constitué le fondement même de cette recherche, qui n'aurait pu voir le jour sans leur contribution essentielle. Elles.ils ont permis de faire émerger des données riches de sens sur le vécu des personnes en attente d'une chirurgie bariatrique.

Enfin, je tiens à remercier mon conjoint, Vahid et mes fils, Hossein, Arash et Nima pour leur soutien moral, leur patience et leurs encouragements tout au long de ce parcours. Leur présence a été une source essentielle de motivation et d'équilibre durant cette étape importante.

Introduction

L'obésité étant une maladie chronique évolutive, constitue une problématique majeure de santé publique à l'échelle mondiale, tant par sa prévalence croissante (Twells et al., 2020) que par ses répercussions physiques, psychologiques et sociales (Lau & Wharton, 2020). L'obésité sévère correspond à une forme d'obésité généralement définie par un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 35 kg/m². L'obésité sévère est souvent associée à plusieurs maladies chroniques qui en découlent, telles que le diabète de type 2, l'hypertension artérielle ou l'apnée du sommeil, qui contribuent à une détérioration importante de l'état de santé global (Twells et al., 2020). Dans ce contexte, la chirurgie bariatrique s'inscrit comme une option chirurgicale reconnue dans la prise en charge de l'obésité sévère, visant notamment l'amélioration de l'état de santé global et du bien-être des personnes (Garneau et al., 2022). Toutefois, l'accès à cette intervention demeure marqué par des délais d'attente prolongés au Canada et au Québec (Obésité Canada, 2019). La pandémie de COVID-19 a exacerbé cette phase d'attente en entraînant l'annulation ou le report de nombreuses chirurgies électives, dont la chirurgie bariatrique (Singhal et al., 2020). Cette période d'attente prolongée s'inscrit dans un contexte d'incertitude pour les personnes concernées.

S'appuyant sur le modèle de l'incertitude dans la maladie de Mishel (1988, 1990) et le modèle d'adaptation de Roy (2009), la présente étude qualitative descriptive vise à

explorer le vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique dans le contexte de la pandémie de COVID-19, ainsi que les mécanismes d'adaptation mobilisés par les personnes avec obésité sévère. L'analyse des données a permis de dégager 21 sous-thèmes et neuf thèmes, ce qui permet d'enrichir la compréhension de l'attente de chirurgie bariatrique et de soutenir une réflexion clinique et professionnelle en sciences infirmières, afin de mieux accompagner les personnes avec obésité sévère confrontées à ce vécu marqué par l'incertitude.

Ce mémoire s'articule en six sections. La première section présente la problématique de l'étude, soit l'attente de la chirurgie bariatrique dans le contexte de la pandémie de COVID-19. La deuxième section propose une synthèse des connaissances actuelles à travers une recension minutieuse des écrits scientifiques portant sur l'attente de la chirurgie bariatrique. La troisième section expose les cadres de référence mobilisés, soit le modèle de l'incertitude de Mishel (1988, 1990) et celui de l'adaptation de Roy (2009). La quatrième section décrit la méthodologie de la recherche, incluant les processus de recrutement des participant.es, de collecte et d'analyse des données, ainsi que les critères de scientificité. La cinquième section présente les résultats de l'étude. Enfin, la sixième section est consacrée à la discussion des résultats, aux recommandations pour les cinq champs de la pratique infirmière, suivi par une conclusion générale de l'étude.

Problématique

L'obésité constitue aujourd'hui l'un des principaux enjeux de santé publique à l'échelle mondiale. Sa prévalence ne cesse d'augmenter et ses répercussions touchent autant la santé physique et psychologique des personnes que les systèmes de santé. Parmi les différentes formes d'obésité, l'obésité sévère représente une condition particulièrement préoccupante en raison de la complexité de sa prise en charge et des complications qui y sont associées.

L'obésité, une maladie chronique évolutive, se caractérise par une accumulation excessive de tissu adipeux, augmentant le risque de complications médicales à long terme (Lau & Wharton, 2020). Cette condition résulte d'interactions complexes entre des facteurs génétiques, métaboliques, comportementaux et environnementaux. Les gènes jouent un rôle majeur en modulant l'appétit et le métabolisme, ce qui explique pourquoi certaines personnes, bien qu'exposées à des environnements obésogènes, ne développent pas d'obésité (Lau & Wharton, 2020). En parallèle, des éléments comme les habitudes alimentaires, le niveau d'activité physique et les conditions socio-économiques influencent de manière significative le développement de l'obésité (Twells et al., 2020). L'obésité se mesure généralement à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC), calculé en fonction du poids et de la taille (kg/m^2). Un IMC supérieur à 30 kg/m^2 définit l'obésité, divisée en trois classes : Classe I ($30\text{-}34,9 \text{ kg/m}^2$), Classe II ($35\text{-}39,9 \text{ kg/m}^2$), et Classe III ($\geq 40 \text{ kg/m}^2$), avec l'obésité sévère à partir d'un IMC de 35 kg/m^2 (Twells et al., 2020). En 2015, l'Association Médicale Canadienne a officiellement reconnu l'obésité comme une maladie chronique, offrant ainsi un cadre de prévention et de traitement similaire à celui

des autres maladies chroniques (Obésité Canada, 2019). Au Canada, en 2024, environ 33,4 % des adultes vivaient avec l'obésité, répartis entre hommes et femmes (Statistique Canada, 2025). Selon les données publiées par Statistique Canada (2019), l'obésité touchait 25 % de la population adulte au Québec en 2018. Depuis 1985, l'obésité sévère a augmenté de 455 %, affectant 1,9 million de personnes au Canada en 2016 (Twells et al., 2020). Cette hausse rapide pose un enjeu de santé publique majeur en raison de l'augmentation significative des risques de maladies cardiovasculaires, cancers, diabète de type II, et autres affections, comme l'arthrose, exacerbant les limitations fonctionnelles (Twells et al., 2020). De plus, les répercussions psychologiques, telles que la dépression, l'estime de soi altérée, les troubles alimentaires s'ajoutent aux complications physiques (Wharton et al., 2020). Ces constats soulignent l'importance d'aborder l'obésité en se concentrant sur l'amélioration de la santé globale et du bien-être de la personne, plutôt que sur la simple réduction du poids corporel (Wharton et al., 2020). Les lignes directrices canadiennes sur l'obésité (Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines, 2020) recommandent une prise en charge multidisciplinaire de l'obésité, combinant conseils nutritionnels, suivi médical et interventions comportementales. Plus spécifiquement, certaines sections de ces lignes directrices préconisent des stratégies telles qu'une alimentation équilibrée, l'activité physique, ainsi que l'application de thérapies cognitivo-comportementales et pharmacologiques (Biertho et al., 2020 ; Boulé & Prud'homme, 2020 ; Wharton et al., 2020). En effet, les thérapies pharmacologiques ciblant les mécanismes neuro-hormonaux sont de plus en plus reconnues pour leur efficacité dans la gestion à long terme de l'obésité (Pedersen et al., 2025). De même manière, dans le traitement de

l'obésité sévère, la chirurgie bariatrique s'est avérée efficace pour produire une perte de poids durable de 20% à 30% et améliorer la qualité de vie des personnes concernées et résoudre les conditions de santé associées à l'obésité sévère (Obésité Canada, 2019). Cette intervention chirurgicale est liée à des délais d'attente considérables, tant au niveau national qu'au niveau provincial (Obésité Canada, 2019). Par ailleurs, les études qualitatives portant spécifiquement sur le vécu des personnes avec obésité sévère en attente d'une chirurgie bariatrique demeurent limitées, particulièrement dans le contexte de la pandémie de COVID-19, ce qui met en évidence la pertinence d'approfondir la compréhension de cette période d'attente, ainsi que des préoccupations et des enjeux vécus par les personnes avec obésité sévère dans ce contexte.

Le temps d'attente prolongé pour la chirurgie bariatrique

Dans le cadre du traitement de l'obésité, la chirurgie bariatrique vise à réduire l'ingestion et/ou l'absorption des aliments. Cette intervention s'applique aux adultes de 18 ans et plus ayant un IMC égal ou supérieur à 35 kg/m², accompagné d'au moins une condition de santé majeure liée à l'obésité, ou un IMC d'au moins 40 kg/m² sans conditions associées (Garneau et al., 2022). Au Canada, les interventions chirurgicales bariatriques incluent la gastrectomie en manchon, la dérivation gastrique de Roux-en-Y (RYGB), la dérivation biliopancréatique, la dérivation gastrique à anastomose unique et la duodénoiléostomie à anastomose unique avec gastrectomie en manchon (Garneau et al., 2022). Cependant, malgré leur efficacité, ces interventions peuvent ne pas atteindre les résultats escomptés et présentent un risque de complications postopératoires, avec un taux

de 10 % à 17 %, ainsi qu'un risque de mortalité faible, oscillant entre 0,08 % et 0,35 %, selon le type de procédure (Obésité Canada, 2019). Dans ces cas, une chirurgie bariatrique de révision peut s'avérer nécessaire en raison d'une perte de poids insuffisante, d'un regain de poids excessif ou de complications, telles que des difficultés de déglutition, un reflux gastro-œsophagien, ou une dilatation de la poche gastrique (Obésité Canada, 2019). Les interventions les plus courantes, notamment la gastrectomie en manchon, la dérivation gastrique de Roux-en-Y et la dérivation biliopancréatique, se réalisent dans 33 centres répartis à travers les 10 provinces canadiennes (Obésité Canada, 2019). D'après Segall et al. (2020), l'accès à la chirurgie bariatrique au Canada varie en fonction des politiques spécifiques adoptées par les gouvernements provinciaux et territoriaux, influençant ainsi les conditions d'accès et les délais d'attente selon les régions. Environ 80 % des chirurgies bariatriques au Canada s'effectuent au Québec et en Ontario (Anvari et al., 2018). Selon les données les plus récentes d'Obésité Canada (2019), 4005 chirurgies bariatriques ont été réalisées au Québec en 2019. Les écrits scientifiques recensés sur l'accès à la chirurgie bariatrique montrent que, malgré une hausse du nombre de chirurgies au Canada, d'après les données recueillies en 2019, seule une faible proportion d'adultes avec l'obésité sévère, soit un sur 171 (0,58 %), accède à la chirurgie bariatrique chaque année, avec des disparités marquées selon les provinces (Obésité Canada, 2019). Au Québec, un adulte sur 96 (environ 1 %) jouit de cette intervention en 2019, contre un sur 1073 en Nouvelle-Écosse (Obésité Canada, 2019). L'accès limité s'explique par la pénurie de personnel spécialisé, la disponibilité réduite des blocs opératoires et des lits postopératoires, ainsi que des contraintes financières (Anvari et al., 2018 ; Hajizadeh & Jalili, 2025). En outre,

l'absence de services bariatriques dans certaines régions oblige les personnes avec obésité sévère à parcourir de longues distances, entraînant des coûts supplémentaires et limitant le soutien des médecins traitants, ce qui freine les recommandations pour la chirurgie bariatrique (Doumouras et al., 2020). Ces obstacles, aggravés par l'augmentation de l'obésité et la demande croissante, allongent significativement les temps d'attente pour les soins bariatriques (Anvari et al., 2018 ; Hajizadeh & Jalili, 2025). En plus, les données empiriques montrent qu'au Canada, le temps d'attente pour la chirurgie bariatrique reste plus élevé en comparaison avec les autres interventions chirurgicales destinées à traiter des maladies curables (Obésité Canada, 2019). Le temps d'attente pour la chirurgie bariatrique se divise en deux phases distinctes. La phase #1 s'étend de la référence par le médecin de famille jusqu'au premier contact avec l'équipe chirurgicale, tandis que la phase #2 correspond à la période allant de la consultation avec l'équipe chirurgicale jusqu'à la réalisation de la chirurgie. D'après les données recueillies en 2017, le délai moyen pour la chirurgie bariatrique (phase #2) au Québec atteignait trois ans (Obésité Canada, 2019). Par ailleurs, les écrits recensés indiquent que ce délai d'attente pour la chirurgie bariatrique a été considérablement prolongé par la pandémie de COVID-19 autant au niveau mondial (Bianciardi et al., 2020 ; Beisani et al., 2021 ; Lazaridis et al., 2020 ; Singhal et al., 2020) qu'au Canada (Abu-Omar et al., 2021 ; Verhoeff et al., 2022). D'après les études quantitatives répertoriées, il appert que le temps d'attente prolongé pour la chirurgie bariatrique affecte négativement la santé des personnes concernées, entraînant une dégradation physique, mentale et financière (Doumouras et al., 2020; Moreno et al., 2020). Cependant, peu d'études qualitatives s'intéressent à explorer spécifiquement la

perception des personnes avec obésité sévère en attente de la chirurgie bariatrique, notamment dans le contexte de la pandémie de COVID-19, tant à l'échelle mondiale qu'au Canada.

Face aux constats de l'impact prolongé de l'attente pour la chirurgie bariatrique sur la santé physique et mentale des personnes avec obésité sévère, il devient essentiel de comprendre comment cette attente est vécue. En effet, l'attente prolongée génère souvent un sentiment d'incertitude, un état de vulnérabilité psychologique où les personnes éprouvent des difficultés à prévoir le déroulement de leur traitement et à se projeter dans un avenir où leur qualité de vie pourrait s'améliorer (Mishel, 1988, 1990). Dans le cadre de la présente recherche, ce modèle permet de décrire comment l'imprévisibilité du traitement et le manque de clarté des informations peuvent générer de l'incertitude, affectant le vécu des personnes avec obésité sévère en attente de la chirurgie bariatrique. Pour comprendre comment ces individus s'adaptent à cette incertitude, le modèle d'adaptation de Roy (2009) fournit un cadre pour étudier les mécanismes d'adaptation mobilisés face à cette situation.

Pertinence et justification de l'étude en sciences infirmières

L'incertitude vécue par les personnes avec obésité sévère en attente de la chirurgie bariatrique demeure peu documentée. Cependant, les écrits scientifiques soulignent l'impact des annulations et des retards des chirurgies électives, qui allongent les délais d'attente, sur la santé physique et psychosociale des personnes avec obésité sévère

(Doumouras et al., 2020 ; Sommer et al., 2021). Dans ce contexte, l'accompagnement des personnes en attente de chirurgie apparaît comme un enjeu central, particulièrement pour celles en attente d'une chirurgie bariatrique, en raison de la durée prolongée de l'attente et de la complexité de leur état de santé (Ahmed et al., 2021 ; Gregory et al., 2013). Ce besoin s'est accentué dans le contexte de la pandémie de COVID-19, qui a contribué à intensifier l'incertitude et à fragiliser l'accès aux services de soutien (Ahmed et al., 2021 ; Beisani et al., 2020). Les infirmières, en tant que professionnelles de santé, jouent un rôle déterminant dans l'accompagnement des personnes avec obésité sévère durant ces périodes d'incertitude. Une meilleure compréhension des besoins vécus permet de développer des interventions plus ciblées, visant à réduire l'anxiété et à améliorer le bien-être global des personnes avec obésité sévère. Le modèle d'incertitude de Mishel (1988, 1990) et le modèle d'adaptation de Roy (2009) offrent des cadres de référence précieux pour explorer ce vécu chez les personnes avec obésité sévère en attente de chirurgie bariatrique. En outre, il semble y avoir peu d'études spécifiques traitant spécifiquement de l'attente de la chirurgie bariatrique. À notre connaissance, aucune étude n'a exploré le vécu de l'incertitude liée à l'attente de la chirurgie bariatrique chez les personnes avec obésité sévère au Québec, d'où l'importance de réaliser une telle recherche descriptive exploratoire en contexte québécois pour l'avancement des connaissances dans la discipline infirmière. En effet, cette recherche qualitative descriptive permet de formuler des recommandations dans les cinq champs de la pratique (clinique, formation, gestion, recherche et sociopolitique) concernant le vécu de l'incertitude chez les personnes avec

obésité sévère en attente d'une chirurgie bariatrique, ainsi que les mécanismes d'adaptation qu'elles mobilisent afin de répondre à leurs besoins.

But de recherche

La présente étude qualitative descriptive visait à explorer le vécu des personnes avec obésité sévère en attente de la chirurgie bariatrique au Québec dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Questions de recherche

Plus précisément, cette recherche a permis de répondre aux questions suivantes :

- 1) Quel est le vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique chez les personnes avec obésité sévère au Québec dans le contexte de la pandémie de COVID-19?
- 2) Quels sont les mécanismes d'adaptation des personnes avec obésité sévère au Québec, face à l'attente de la chirurgie bariatrique et l'incertitude associée dans le contexte de la pandémie de COVID-19?

La prochaine section présente la recension des écrits scientifiques.

Recension des écrits

La deuxième section, qui présente une synthèse des écrits scientifiques, expose les stratégies de recherche documentaire employées. Celles-ci sont axées sur les thèmes suivants : (1) un aperçu général des délais d'attente pour les chirurgies électives, avec un accent particulier sur la chirurgie bariatrique à l'échelle mondiale, au Canada et au Québec ; (2) le niveau de connaissance sur l'effet de l'attente sur la santé des personnes atteintes d'obésité sévère qui attendent une chirurgie bariatrique ; (3) les effets de la pandémie de COVID-19 sur les délais d'attente pour les chirurgies électives, notamment la chirurgie bariatrique ; et (4) les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les comportements de santé des personnes atteintes d'obésité sévère qui attendent une chirurgie bariatrique. Cette recension des écrits visait à éclairer le contexte de l'attente pour la chirurgie bariatrique et à déterminer le type de devis de recherche le plus approprié pour répondre au but et aux deux questions de recherche.

Stratégies de recherche

Afin d'entreprendre cette analyse critique des écrits, une recherche documentaire a été menée sur les deux bases de données scientifiques étant CINAHL et PubMed. La recherche documentaire a été effectuée en anglais et en français en utilisant de différents termes « MeSH » et des expressions dans chaque base de données. L'équation de recherche utilisée dans la base de données CINAHL était : (MM "Bariatric Surgery+" OR

MM “Elective Surgical Procedure” OR MM “Obesity Morbid”) And MM “Waiting Lists” And MM “Covid-19+” And MM “adaptation, Psychological”). Ainsi, l’équation de recherche sur la base de données PubMed comprenait (“Bariatric Surgery*” OR “Obesity, Morbid*”) AND (“Waiting lists” OR “Access to care”) AND “Covid-19*” AND “adaptation, psychological”. Par ailleurs, la recherche documentaire a été complétée par une recherche dans les listes de références des articles sélectionnés (références croisées) afin d’identifier des articles supplémentaires pertinents. Bien que cette recension ait privilégié les articles révisés par des pairs des cinq dernières années, certains travaux plus anciens ainsi que des lignes directrices canadiennes et des rapports gouvernementaux ont été inclus en raison de leur pertinence pour les concepts clés de la recherche. Ces études recensées ont fourni des bases solides pour comprendre l’attente prolongée de la chirurgie bariatrique et son effet sur le bien-être des personnes avec obésité sévère, même si elles ont été publiées avant la pandémie de COVID-19. Leur inclusion a permis d’identifier les lacunes dans les recherches récentes et de fournir une perspective plus complète sur les enjeux psychologiques et comportementaux liés à cette attente. Une deuxième recherche documentaire avec la même stratégie s’est effectuée à l’automne 2025 afin d’inclure les articles pertinents au sujet de recherche, publiés entre 2023 et 2025. Au total, 24 articles ont été retenus pour cette recension des écrits.

Tout d’abord il convenait d’examiner la situation globale des délais d’attente pour la chirurgie bariatrique, tant à l’échelle mondiale qu’au Canada, afin de mieux comprendre

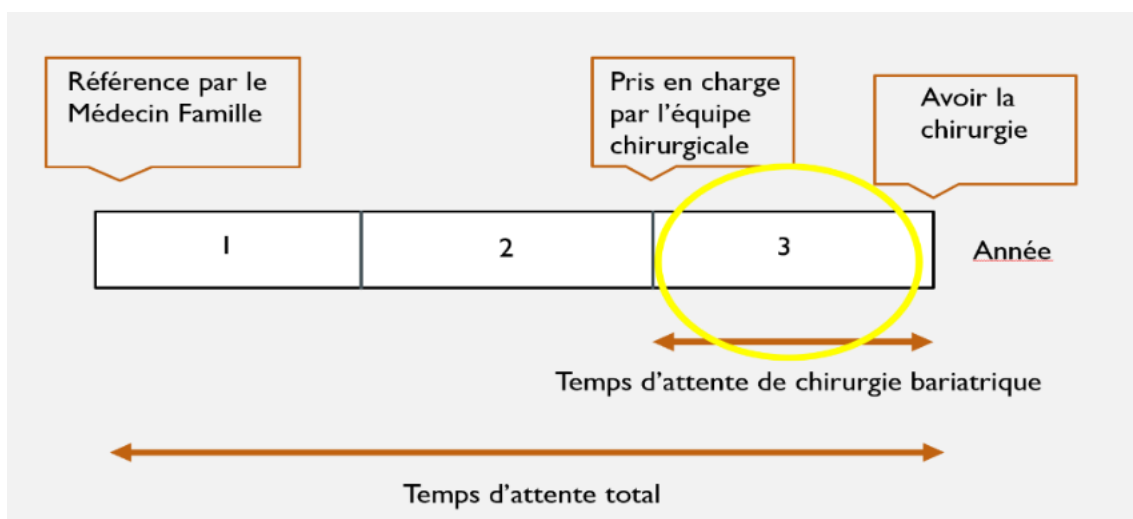
les enjeux auxquels ces personnes avec obésité sévère font face et d'analyser les facteurs qui influencent l'accessibilité aux soins chirurgicaux bariatriques.

L'accès et le temps d'attente pour la chirurgie bariatrique

L'accès limité aux soins de santé au Canada, en particulier pour les chirurgies bariatriques, constitue un problème récurrent. L'analyse de contenu par une approche qualitative descriptive effectué par Segall et al. (2020) sur les sites Internet gouvernementaux et ceux des ministères de santé de 10 provinces et trois territoires canadiens souligne que la diversité des déclarations sur les temps d'attente des chirurgies électives découle de la structure fédérale du système de santé. D'après la même étude (Segall et al., 2020), chaque province et territoire canadien gère ses propres services de santé, et les rapports sur les délais d'attente varient considérablement entre les provinces. Segall et al. (2020) mentionnent également que la plupart des systèmes de santé se concentrent uniquement sur la deuxième phase d'attente, c'est-à-dire la période entre la prise en charge par le spécialiste et la réalisation de l'intervention chirurgicale, tout en négligeant souvent la première phase, qui comprend le délai entre la référence du patient par le médecin de famille et l'accès au spécialiste (figure 1). Ce manque de standardisation dans la déclaration des temps d'attente risque de masquer des retards importants dans l'accès initial aux soins chirurgicaux. Ces constats mettent en lumière la complexité structurelle du système de santé canadien, susceptible de contribuer indirectement à l'allongement des délais pour les chirurgies bariatriques.

Figure 1

*Représentation du temps d'attente pour une chirurgie bariatrique au Québec en 2017
(adapté de : Obésité Canada, 2019).*



Pour sa part, Hajizadeh & Jalili (2025), reposant sur une analyse des politiques de santé, examinent les causes structurelles des temps d'attente prolongés dans le système de santé canadien. Ces auteurs (Hajizadeh & Jalili, 2025) soulignent que la combinaison d'une couverture d'assurance publique universelle, de l'absence ou de la faible contribution directe des patients aux coûts des soins, ainsi que des contraintes de capacité du système de santé contribue à une pression accrue sur les services hospitaliers. Selon ces mêmes auteurs, il appert que ces facteurs, exacerbés par des pénuries de main-d'œuvre, le vieillissement de la population et des dysfonctionnements organisationnelles, entraînent une saturation du système et prolongent les délais d'accès aux interventions chirurgicales électives (Hajizadeh & Jalili, 2025).

Concernant l'accessibilité à la chirurgie bariatrique au Canada, Anvari et al. (2018), dans leur analyse de la situation nationale, observent que, malgré une augmentation rapide du taux d'obésité entre 2006 et 2015, il semble que l'accès à cette intervention n'a pas évolué proportionnellement. Anvari et al. (2018) mettent en évidence une importante variabilité régionale influencée par les politiques de financement provincial, la disponibilité de programmes spécialisés et l'infrastructure médicale locale. Selon les mêmes auteurs (Anvari et al., 2018), la majorité des chirurgies bariatriques se réalisent en Ontario et au Québec, tandis que l'accès reste limité dans les autres provinces canadiennes. Anvari et al. (2018) notent également que le manque de connaissances des médecins de famille sur les bénéfices de la chirurgie bariatrique contribue à leur réticence à orienter les personnes avec obésité sévère vers cette option. De plus, Anvari et al. (2018) soulignent que l'accès restreint aux centres d'excellence et aux équipes multidisciplinaires, indispensables à un traitement bariatrique complet, ralentit l'expansion de ces interventions, en particulier dans les régions rurales. Par ailleurs, Doumouras et al. (2020) ont examiné les délais d'attente pour la chirurgie bariatrique en Ontario en utilisant une approche quantitative rétrospective basée sur les données administratives des adultes avec obésité sévère référés entre avril 2009 et mai 2015. L'étude quantitative de Doumouras et al. (2020) a suivi 18 854 personnes avec obésité sévère, depuis leur référence pour la chirurgie bariatrique jusqu'à l'intervention, ou jusqu'à ce qu'ils aient dépassé 18 mois d'attente. Les résultats de la même étude (Doumouras et al., 2020) indiquent une augmentation continue du temps d'attente moyen au fil des ans, passant de 10,98 mois en 2010 à 13,09 mois en 2016. En outre, Doumouras et al. (2020) mettent en lumière

l'influence des caractéristiques des participants, des variables socio-économiques, ainsi que des facteurs institutionnels sur les délais prolongés pour accéder à la chirurgie bariatrique dans un système de santé régionalisé et financé par des fonds publics. Ces résultats confirment que les délais d'attente ne sont pas uniquement liés à la demande croissante, mais également à des facteurs organisationnels et socioéconomiques influençant l'accès à la chirurgie bariatrique. Pour leur part, Andalib et al. (2018) ont examiné la situation de la chirurgie bariatrique au Québec à travers une enquête provinciale, mettant en évidence des disparités importantes entre les centres en termes de ressources et de pratiques cliniques. Le sondage, réalisé auprès de 46 chirurgiens répartis dans 15 centres bariatriques, révèle que seulement 35 % des praticiens ont reçu une formation spécialisée, les autres ayant acquis leurs compétences de manière informelle (Andalib et al., 2018). Ces mêmes auteurs soulignent que ce manque de formation, combiné aux disparités dans l'accès aux blocs opératoires et aux services multidisciplinaires, tels que ceux de nutritionnistes et de psychologues, nuit à la qualité des soins (Andalib et al., 2018). Bien que 52 % des chirurgiens considèrent un délai d'attente de moins de six mois comme acceptable, seuls un tiers des centres parvient à respecter ce délai, illustrant les défis persistants dans la gestion des listes d'attente (Andalib et al., 2018). Il est loisible de croire que ces disparités organisationnelles peuvent ainsi contribuer à des variations dans le vécu des personnes avec obésité sévère et dans la qualité du parcours préopératoire.

En résumé, plusieurs facteurs structurels limitent l'accès à la chirurgie bariatrique au Canada, dont les disparités régionales, la gestion provinciale des soins, et les ressources spécialisées inégalement réparties. Les contraintes de capacité hospitalière et l'absence de soutien multidisciplinaire freinent également la qualité des soins, allongeant les délais d'attente. Comprendre l'impact de cette attente prolongée sur la santé des personnes avec obésité sévère demeure essentiel et sera abordé dans le volet suivant.

Impact de l'attente de la chirurgie bariatrique sur l'état de santé des personnes avec obésité sévère

Les études recensées dans ce volet portent principalement sur les effets de l'attente d'une chirurgie bariatrique sur l'état de santé physique et psychologique des personnes avec obésité sévère. Ces travaux, majoritairement de nature quantitative, s'intéressent à l'impact de délais prolongés sur divers indicateurs de santé et de bien-être, tant chez les personnes en attente d'une chirurgie bariatrique que chez celles en attente d'autres types de chirurgies électorives. Tout d'abord, Moreno et al. (2020) ont mené une étude quantitative prospective en Espagne pour évaluer l'impact de l'attente sur la qualité de vie des personnes avec obésité sévère, en utilisant un questionnaire autoadministré. L'étude de Moreno et al. (2020) compare 70 personnes ayant subi une chirurgie bariatrique à 69 personnes sur liste d'attente, les deux groupes présentant des caractéristiques de base similaires. Tous les participants ont complété le questionnaire à deux reprises : avant l'intervention pour les patients opérés et lors de la première consultation pour ceux en attente, puis 12 mois plus tard pour le suivi. Les résultats de la même étude révèlent une

amélioration marquée de la qualité de vie chez les personnes opérées, tandis que ceux sur liste d'attente ont signalé une détérioration notable dans des domaines tels que la douleur corporelle et la santé mentale (Moreno et al., 2020). Ces résultats mettent en évidence l'impact mesurable de l'attente sur la qualité de vie, sans toutefois approfondir la manière dont les personnes avec obésité sévère vivent subjectivement cette période. Quant au Canada, Sommer et al. (2021) ont examiné l'effet de l'annulation et du report des chirurgies bariatriques sur l'état de santé, la vie sociale et le fonctionnement des personnes avec obésité sévère par une analyse épidémiologique exploratoire basée sur des données de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2005 à 2014 à Winnipeg, Manitoba. L'échantillon de l'étude de Sommer et al. (2021) comprend des données pondérées représentant 256,836 participants, majoritairement âgés de 35 à 64 ans. Les mêmes auteurs (Sommer et al., 2021), dans leur étude quantitative, mettent en évidence des associations entre les annulations ou reports des chirurgies et divers impacts perçus, notamment la détérioration de la santé, la douleur et une dépendance accrue envers les proches. D'après les résultats de cette même étude (Sommer et al., 2021), les personnes dont la chirurgie avait été annulée ou reportée présentent des taux plus élevés de détérioration de la santé et de dépendance accrue à l'égard des proches. Ces personnes éprouvent également davantage de douleur et de difficultés dans les activités quotidiennes comparativement à ceux dont la chirurgie n'avait pas été annulée ou reportée (Sommer et al., 2021). D'après cette même étude, il semble que l'attente de la chirurgie bariatrique a également entraîné des impacts sociaux et économiques, tels que la perte d'emploi, la perte de revenus et des tensions dans les relations personnelles (Sommer et al., 2021).

Bien que cette étude mette en évidence des impacts sociaux et économiques significatifs liés à l'annulation ou au report des chirurgies bariatriques, elle ne permet pas d'explorer en profondeur le vécu subjectif des personnes concernées. En parallèle, à notre connaissance, peu d'études qualitatives se sont intéressées au vécu des personnes avec obésité sévère face à ces délais. L'étude qualitative de Gregory et al. (2013) se penche sur la perception de l'attente pour la chirurgie bariatrique chez les personnes avec obésité sévère au Canada. Cette recherche (Gregory et al., 2013), a utilisé des entrevues semi-dirigées avec 27 participants (21 femmes et six hommes) résidents au Terre-neuve et Labrador, pour explorer l'impact psychosocial de l'attente de la chirurgie bariatrique et les perceptions d'iniquité associées. Les résultats de même étude montrent que l'attente prolongée de la chirurgie bariatrique génère un stress intense, de l'anxiété et de la frustration chez les participants (Gregory et al., 2013). Ceux-ci ont ressenti une incertitude quant à leur avenir, ayant l'impression que leur vie est mise en suspens (Gregory et al., 2013). Qui plus est, certains participants ont évoqué l'impact négatif sur leur santé mentale, décrivant des sentiments de désespoir, de dépression et de colère face aux longs délais d'attente imposés par le système de santé (Gregory et al., 2013). Dans une perspective complémentaire, et toujours au Canada, Vanderhout et al. (2025) ont mené une étude mixte séquentielle explicative visant à examiner les délais d'attente pour des chirurgies électives en oto-rhino-laryngologie (ORL) et à explorer le vécu des personnes durant cette période d'attente. Cette recherche mixte (Vanderhout et al., 2025) a été réalisée dans un centre hospitalier en Ontario et repose, dans un premier temps, sur une revue rétrospective de dossiers médicaux portant sur 2 414 procédures chirurgicales ORL

effectuées entre 2020 et 2023. Dans un second temps, les auteurs ont mené des entretiens qualitatifs semi-dirigés auprès de 10 participants (adultes et parents de patients pédiatriques) afin de documenter leurs perceptions liées à l'attente chirurgicale. Les résultats quantitatifs montrent que les délais d'attente dépassaient fréquemment les cibles provinciales. Par ailleurs, les résultats qualitatifs indiquent que des délais prolongés étaient associés à une diminution de la qualité de vie, à une aggravation des symptômes, ainsi qu'à des sentiments d'anxiété, d'incertitude et de détresse psychologique (Vanderhout et al., 2025). Bien que menée dans un autre domaine chirurgical, cette étude mixte suggère que l'attente prolongée constitue un vécu marqué par l'incertitude et la détresse, phénomène pouvant être transposable à la chirurgie bariatrique.

En complément de ces constats, il appert que peu d'études se sont intéressées spécifiquement aux mécanismes d'adaptation mobilisés par les personnes avec obésité sévère face à l'attente d'une chirurgie bariatrique. Toutefois, certaines recherches portant sur le vécu des personnes engagées dans un parcours bariatrique mettent en évidence l'importance du soutien social dans la gestion des défis associés à l'attente et au processus chirurgical. Par exemple, Majstorovic et al. (2025), dans leur étude qualitative exploratoire portant sur les obstacles et les facteurs facilitant l'accès à la chirurgie bariatrique, soulignent que le soutien provenant des proches ainsi que la participation à des groupes de soutien constituent des ressources importantes permettant aux participant.es de partager leurs expériences et de mieux faire face aux difficultés rencontrées. De même, Keyte et al. (2024), dans une étude qualitative portant sur le vécu

des personnes en attente de la chirurgie bariatrique, révèlent que les communautés sur les médias sociaux et les groupes de soutien offrent des espaces d'échange d'information et de soutien émotionnel. Ces mêmes auteurs ajoutent que ces formes de soutien peuvent exercer une influence positive sur les mécanismes d'adaptation mobilisés par les personnes avec obésité sévère dans leur parcours vers la chirurgie bariatrique.

En conclusion, les recherches quantitatives, qualitatives et mixtes recensées soulignent l'impact négatif des longs délais d'attente pour les chirurgies électives, en particulier bariatriques, sur la santé physique, mentale et sociale des personnes avec obésité sévère. Ces délais sont associés à une détérioration de la qualité de vie et à une augmentation de la détresse, ce qui souligne l'importance de considérer le vécu de l'incertitude chez les personnes en attente de chirurgie bariatrique, ainsi que les mécanismes d'adaptation déployés face à cette situation. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, ces défis se sont intensifiés, exacerbant les délais et leurs effets sur l'état de santé général des personnes avec obésité sévère, un aspect approfondi dans les volets suivants.

Impact de la pandémie de COVID-19 sur l'attente des chirurgies bariatriques

La pandémie de COVID-19 déclarée par l'OMS en mars 2020, a perturbé les services hospitaliers, réduisant considérablement les chirurgies électives afin de réorienter les ressources vers les soins critiques et limiter la transmission du virus (Singhal et al., 2021). Ces annulations et reports, observés à l'échelle mondiale, ont permis de libérer des

lits et du matériel, mais ont également généré des répercussions graves, notamment pour les patients souffrant de maladies chroniques nécessitant des interventions urgentes (Soreide et al., 2020). Le rapport de Collaborative (2022), en utilisant les données recueillies dans 190 pays, a estimé que 72,3 % des interventions chirurgicales ont été annulées au cours des 12 premières semaines de la pandémie. De surcroît, les sondages auprès de chirurgiens bariatriques à l'échelle mondiale confirment ces retards, et mettent en évidence des changements dans les pratiques opératoires (Laziridis et al., 2020 ; Singhal et al., 2021). En Europe, Uimonen et al. (2021) comparent les taux de chirurgies électives réalisées en Finlande entre 2017 et 2019 avec ceux de 2020, constatant une augmentation moyenne de 8 % des délais d'attente, malgré une reprise des interventions après les périodes de confinement. D'après les résultats de la même étude, la chirurgie bariatrique n'a pas échappé à ces retards (Uimonen et al., 2021). Pour leur part, Waledziak et al. (2020) ont mené une étude quantitative par un sondage national en Pologne afin d'analyser l'impact de la pandémie sur les soins bariatriques, en se concentrant sur la perception des personnes avec obésité sévère en phases pré et postopératoires. Les résultats de cette même étude révèlent que sur 800 participants, 69,36 % des personnes ont rapporté l'annulation ou le report de leur chirurgie bariatrique, principalement à la suite de décisions prises par les hôpitaux (65,73 %). En Amérique du Nord, Verhoeff et al. (2022) ont réalisé une étude quantitative rétrospective, exploitant les données de la base MBSAQIP, incluant 834 647 patients bariatriques. Les résultats de cette étude (Verhoeff et al., 2022) indiquent une diminution de 12,1 % des interventions bariatriques en 2020 par rapport à 2019. De leur côté, Abu-Omar et al. (2021) ont analysé les données d'un

centre bariatrique à Edmonton, révélant une réduction de 79 % des chirurgies durant les mois critiques de 2020 où les cas étaient en augmentation par rapport aux mêmes mois de 2019. À notre connaissance, à ce jour, aucune étude n'a spécifiquement exploré l'impact spécifique de la pandémie de COVID-19 sur les chirurgies bariatriques au Québec, d'où l'importance de s'y attarder.

Ces études quantitatives, bien qu'elles convergent sur une réduction significative des interventions chirurgicales pendant la pandémie de COVID-19, soulignent principalement un taux élevé d'annulations et de reports, reflétant l'impact direct de la pandémie de COVID-19 sur les délais d'attente des chirurgies électives pour les personnes avec obésité sévère. Les retards, particulièrement dans le domaine de la chirurgie bariatrique, suscitent des inquiétudes quant à leurs effets sur la santé des personnes avec obésité sévère. Le volet suivant fait état des répercussions de ces délais sur le bien-être physique et psychologique des personnes en attente de la chirurgie bariatrique.

Répercussions de l'attente de chirurgie bariatrique sur l'état de santé des personnes avec obésité sévère dans le contexte de la pandémie de COVID-19

Ce volet recense les écrits scientifiques portant sur les répercussions de l'attente de la chirurgie bariatrique sur l'état de santé des personnes avec obésité sévère dans le contexte de la pandémie de COVID-19, en tenant compte à la fois des effets liés à la pandémie de COVID-19 elle-même et de celles associées à la prolongation des délais chirurgicaux durant cette période. Plusieurs études quantitatives recensées dans différents

contextes géographiques convergent vers des constats similaires quant aux effets négatifs de la pandémie de COVID-19 sur les personnes en attente de chirurgie bariatrique. Bianciardi et al. (2020) ont conduit une étude descriptive auprès de 116 personnes avec obésité sévère en Italie, révélant que la fermeture des services chirurgicaux a fortement détérioré la santé mentale et favorisé une augmentation de la consommation alimentaire chez les personnes en attente de chirurgie bariatrique. Les participants de l'étude de Bianciardi et al. (2020) ont perçu l'obésité comme un risque plus important que la COVID-19, soulignant, du même coup, l'importance accordée à l'accès à la chirurgie dans leur trajectoire de soins.

Des résultats comparables sont rapportés par Beisani et al. (2021) dans une étude de cohorte descriptive menée en Espagne auprès de 51 personnes avec obésité sévère inscrites sur une liste d'attente avant et après le confinement lié à la pandémie de COVID-19. Les mêmes auteurs (Beisani et al., 2021) soulignent une augmentation significative de la dépression, de l'anxiété et du poids chez leurs participants, sans impact notable sur la progression des conditions de santé liées à l'obésité, probablement en raison de la durée limitée du confinement. Ces constatations correspondent à celles de Magliah et al. (2022), qui, dans une étude quantitative transversale menée en Arabie Saoudite auprès de 208 personnes en attente d'une chirurgie bariatrique, ont mis en évidence une prévalence élevée de symptômes dépressifs chez 37 % des participants, une baisse de l'activité physique chez 28,8 % d'entre eux et des difficultés à maintenir des habitudes de vie favorables à la santé pendant la pandémie.

De plus, en Amérique du Nord, Naran et al. (2021) ont recueilli des données auprès de 50 personnes avec obésité sévère, soulignant les difficultés rencontrées par ces dernières pour maintenir des habitudes de vie saines pendant la pandémie de COVID-19, particulièrement en ce qui concerne l'alimentation et l'activité physique. Toutefois, l'ensemble des résultats n'est pas homogène. À l'inverse des résultats majoritaires, Albert et al. (2021) dans une étude quantitative menée en Italie auprès 56 personnes en attente de chirurgie bariatrique n'observent aucun changement significatif de l'IMC pendant la période pandémique. De plus, certains participants de leur étude (Albert et al., 2021) rapportent une diminution de l'anxiété, possiblement liée à une réduction des interactions sociales et du stress associé au regard porté sur l'obésité. Ces résultats contrastants mettent en évidence l'hétérogénéité des vécus des personnes avec obésité sévère en attente de chirurgie bariatrique.

À l'échelle canadienne, Glazer et al. (2022) ont examiné l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les comportements de gestion du poids à partir d'une vaste enquête menée auprès de 980 personnes avec obésité sévère suivies en clinique bariatrique, dont 22 % en attente de chirurgie, ainsi qu'auprès 1098 individus de la population générale canadienne avec ou sans obésité. Les résultats de l'étude de Glazer et al. (2022) montrent une perturbation des stratégies de gestion du poids, marquée par une prise de poids généralisée, ainsi que des difficultés accrues à maintenir un mode de vie sain, étant des saines habitudes alimentaires et d'activité physique. Au-delà des impacts physiques et psychologiques mesurés, certaines études au Royaume-Uni mettent en lumière

l'incertitude générée par l'attente de la chirurgie bariatrique dans le contexte pandémique. À cet effet, l'étude transversale à devis mixte menée par Ahmed et al. (2021) auprès de 71 personnes avec obésité sévère inscrites sur une liste d'attente de la chirurgie bariatrique pendant la pandémie de COVID-19 souligne le rôle central de l'incertitude relativement au vécu des personnes avec obésité sévère. Les participants décrivent une incertitude persistante quant à l'avenir, alimentée par le manque de communication, la suspension des services de soutien et l'imprévisibilité entourant la reprise des chirurgies, contribuant à une détresse psychologique accrue.

Lacunes et justification de la recherche

Dans l'ensemble, les écrits scientifiques recensés mettent en évidence les répercussions négatives de l'attente de la chirurgie bariatrique sur la santé physique et psychologique des personnes avec obésité sévère, particulièrement dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Toutefois, ces recherches reposent majoritairement sur des devis quantitatifs ainsi qu'un devis mixte centré sur des indicateurs mesurables, laissant peu de place à l'exploration du vécu subjectif de cette attente. Plus spécifiquement, la dimension de l'incertitude et les stratégies d'adaptation mobilisées par les personnes avec obésité sévère demeurent peu documentées dans le contexte de la chirurgie bariatrique. Bien que certaines études recensées mettent en évidence l'importance du soutien social, notamment à travers les proches ou les groupes de soutien, comme ressource mobilisée par les personnes avec obésité sévère face à l'attente de la chirurgie bariatrique, les mécanismes d'adaptation demeurent peu documentés de manière spécifique et approfondie. Plus

particulièrement, la manière dont les personnes avec obésité sévère s'adaptent à l'attente prolongée, ainsi que le rôle de l'incertitude dans ce processus, demeure largement sous-explorée dans le contexte de la chirurgie bariatrique. Cette lacune dans les connaissances justifie la pertinence de la présente étude qualitative descriptive, qui vise à approfondir le vécu de l'attente et de l'incertitude associées chez les personnes avec obésité sévère en attente de la chirurgie bariatrique dans le contexte de la pandémie de COVID-19, tout en permettant de dégager les mécanismes d'adaptation mobilisés par ces personnes. La section suivante présente les cadres de référence retenus pour guider la présente étude.

Cadres de référence

Cette troisième section porte sur les deux cadres de référence qui guident la présente étude qualitative descriptive. D'une part, le modèle d'incertitude dans les maladies chroniques proposé par Mishel (1988, 1990) oriente les différentes étapes de la présente recherche qualitative descriptive pour explorer le vécu de l'incertitude chez des personnes avec obésité sévère en attente d'une chirurgie bariatrique dans le contexte de la pandémie de COVID-19. D'autre part, le modèle d'adaptation de Roy (2009) contribue à l'exploration des mécanismes d'adaptation adoptés par les personnes en attente de la chirurgie bariatrique face à cette incertitude. Les sections suivantes présentent en détail les cadres théoriques de l'incertitude de Mishel (1990) et de l'adaptation de Roy (2009), en mettant en lumière les concepts principaux mobilisés dans cette étude. Ces cadres de référence ont servi de fondement à la définition du but et des deux questions de recherche, à l'élaboration du guide d'entrevue, l'analyse et l'interprétation des données ainsi qu'à la discussion des résultats obtenus.

Modèle de l'incertitude de Mishel

L'origine du concept d'incertitude en sciences infirmières s'attribue principalement aux travaux de Mishel (1988). Merle Helaine Mishel, née à Boston, dans le nord des États-Unis, a commencé sa carrière comme infirmière en psychiatrie avant de poursuivre un doctorat en psychologie sociale. Dans les années 1980, l'autrice a commencé à développer

son modèle d'incertitude en maladie chronique. Son travail a été motivé par l'observation que les patients atteints de maladies chroniques éprouvaient souvent des difficultés à comprendre et à prévoir l'évolution de leur état de santé (Mishel, 1988). Sa recherche s'inscrit dans un paradigme intégratif des sciences infirmières basées sur une approche multidimensionnelle qui considère la personne comme un être biopsychosocial, culturel et spirituel. Elle prend en compte l'interaction de la personne avec son environnement et reconnaît l'importance de la pleine conscience de la personne dans son expérience de la santé (Mishel, 1988). Mishel fonde son modèle sur des concepts fondamentaux, tels que les antécédents de l'incertitude, l'évaluation de l'incertitude et les stratégies de *coping* (Mishel, 1990). Les antécédents de l'incertitude incluent divers facteurs comme étant le cadre des stimuli qui fait référence à un ensemble de facteurs influençant la perception de l'incertitude chez les personnes confrontées à la maladie (modèle des symptômes, familiarité avec les événements, congruence des événements) et la capacité cognitive de la personne. En effet, la capacité cognitive influence la manière dont la personne interprète ces stimuli, formant ainsi des cadres cognitifs qui influencent indirectement l'apparition de l'incertitude. Des capacités cognitives plus développées facilitent la compréhension des stimuli par la personne, réduisant ainsi l'incertitude. Cette même autrice soutient que l'incertitude peut se manifester autant comme un danger qu'une opportunité dans la prise en charge de la maladie. Il apparaît que, face à l'incertitude, la personne pourrait évaluer la situation en la comparant avec des exemples de situations similaires vécues antérieurement. Dans ce cas, en fonction des conclusions de cette comparaison, considérées comme positives ou menaçantes, la personne évaluera

l'incertitude comme une opportunité ou un danger respectivement. Le modèle primaire de Mishel (1988) adopte une vision prédictible et contrôlable sur l'incertitude. Autrement dit, la certitude, le contrôle et la prévisibilité consistent en des résultats souhaités et l'incertitude est considérée comme une déficience qui doit être à éviter (Mishel, 1990). Tandis que dans la reconceptualisation de son modèle, Mishel (1990) se base sur une vision dynamique, chaotique et vraisemblable. Selon cette orientation, l'incertitude, fais partie intégrante de la réalité et de la vie, n'est pas censée être déterminable avec précision (Mishel, 1990).

D'après cette pensée susceptible et dynamique, l'atteinte du résultat se fait par des multiples choix et alternatives. Cette nouvelle vision de la vie permet à la personne de faire passer son appréciation de l'incertitude du danger à l'opportunité (Mishel, 1990). Elle soutient que la personne fonctionne pour maintenir cette nouvelle vision de la vie grâce à l'utilisation des deux forces environnementales, qui sont les ressources de soutien et les prestataires de soins de santé. Pour que cette nouvelle vision vers la vie soit maintenue, tant les ressources sociales dans la vie d'une personne que les prestataires de soins de santé doivent croire en une vision probabiliste (Mishel, 1990). Par exemple, dans le contexte de l'attente de la chirurgie bariatrique, le modèle d'incertitude de Mishel (1988, 1990) permettrait d'analyser comment les personnes avec obésité sévère perçoivent l'incertitude liée à l'imprévisibilité de leur traitement, notamment en ce qui concerne les délais d'attente et les résultats postopératoires. En fonction de leur évaluation de cette incertitude, elles peuvent utiliser des stratégies de *coping* pour transformer cette attente

en une opportunité de préparation, soutenue par les prestataires de soins et des ressources sociales. Un des concepts fondamentaux du modèle de l'incertitude consiste en des stratégies de *coping* qui permettent à la personne de faire face à l'incertitude afin de créer un niveau d'adaptation. Cependant, le processus d'adaptation face à l'incertitude n'est pas concrétisé dans le modèle de Mishel (1988 et 1990). L'autrice de ce modèle considère d'ailleurs cette absence comme étant une limite de sa propre théorie (Mishel, 1988, 1990). C'est pourquoi la présente recherche qualitative descriptive s'appuie également sur le modèle d'adaptation de Roy (2009) afin d'explorer les mécanismes d'adaptation chez les personnes avec obésité sévère pour qui l'attente de la chirurgie bariatrique dans le contexte de la pandémie de COVID-19 crée de l'incertitude. La section suivante décrit le modèle d'adaptation de Roy (2009) qui a servi également de cadre de recherche.

Modèle d'adaptation de Roy

Le modèle d'adaptation de Roy a été publié pour la première fois par Callista Roy en 1970 et redéfini en 1997 (Roy, 2009). Dans son modèle, Roy porte une vision systémique de la personne. Autrement dit, cette théoricienne en sciences infirmières envisage la personne comme étant un système complexe composé d'éléments ou des sous-systèmes interagissant entre eux et avec leur environnement. L'ensemble de ces interactions facilite la personne à s'adapter à son milieu (Roy, 2009). D'après Roy, dans le contexte de la santé, l'adaptation se définit autant comme un processus qu'un résultat par lequel la personne prend conscience de son problème de santé et fait un choix pour s'intégrer à son milieu (Roy, 2009). Le modèle de Roy prend appui sur quatre concepts

essentiels : les stimuli, le processus d'adaptation, les modes d'adaptation et les niveaux d'adaptation. Les stimuli font référence à tous les éléments perturbateurs qui peuvent éloigner la personne de son état d'équilibre et qui nécessitent une réponse immédiate de sa part quand elle devient consciente des stimuli (Roy, 2009). Pour sa part, le processus d'adaptation, nommé ainsi le mécanisme d'adaptation, renvoie à l'ensemble des manières innées ou acquises que possède la personne pour interagir avec l'environnement changeant, afin de promouvoir l'adaptation. Cette dernière se réalise à travers quatre modes : le mode biophysique par lequel tous les besoins physiologiques primaires de la personne doivent être répondus; le mode de concept de soi par lequel les besoins psychiques et l'intégrité spirituelle de la personne sont pris en considération; le mode du fonctionnement du rôle où la personne est capable de s'intégrer dans son milieu et de définir son rôle au sein de la société; et le mode d'interdépendance, qui renvoie aux besoins de soutien, de relations significatives et d'interactions satisfaisantes avec autrui et les systèmes de soutien. Dans le modèle d'adaptation de Roy (2009), le comportement de la personne prend la forme de réponses adaptatives ou de réponses inefficaces. Les réponses adaptatives se réfèrent à celles qui favorisent l'intégrité de la personne en matière de survie, croissance, reproduction, transformations humaines et environnementales, et la contribution aux objectifs personnels d'intégration et d'adaptation (Roy, 2009). Les réponses inefficaces comprennent celles qui ne favorisent pas l'intégrité de la personne et ne contribuent pas aux objectifs d'adaptation et d'intégration de celle-ci (Roy, 2009). Ces réponses agissent comme un retour d'information ou une entrée supplémentaire dans le système, permettant à la personne de décider d'augmenter ou de diminuer ses efforts à

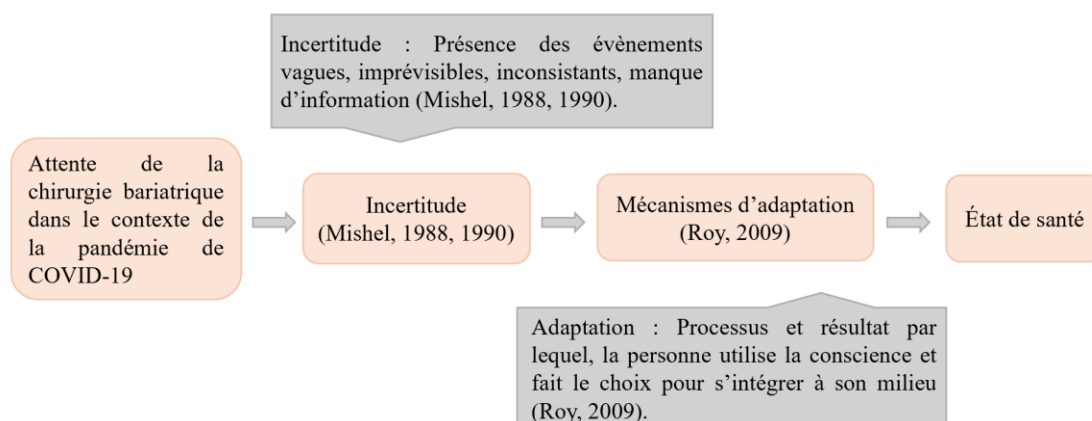
l'égard des stimuli (Roy, 2009). Dépendamment du mécanisme d'adaptation entrepris, le résultat final pourrait se situer parmi trois différents niveaux d'adaptation, soit un niveau d'adaptation intégré, compensatoire ou compromis. Une adaptation intégrée est le résultat souhaitable où la personne a trouvé la réponse adéquate au stimulus et elle retrouve son état d'équilibre. Quand les mécanismes d'adaptation ne sont pas suffisamment adéquats, l'adaptation est partiellement atteinte, ce qui équivaut à un niveau d'adaptation compensatoire. Dans un tel cas, la personne qui n'a pas réussi à retrouver son état d'équilibre se trouve dans un niveau d'adaptation compromis tant que sa santé physique ou psychosociale est encore menacée (Roy, 2009). Par exemple, chez la personne en attente de chirurgie bariatrique, le modèle d'adaptation de Roy (2009) permet de décrire comment les personnes avec obésité sévère mobilisent des mécanismes d'adaptation pour faire face aux perturbations physiques et psychologiques associées à cette période, en lien avec leurs rôles sociaux et leurs interactions avec leur environnement.

Arrimage des modèles d'adaptation de Roy et de l'incertitude de Mishel

Le choix du modèle d'adaptation de Roy (2009) est justifié par le fait qu'il s'agit d'un modèle infirmier qui s'arrime avec la théorie de l'incertitude de Mishel (1988, 1990) puisque toutes les deux considèrent la personne comme un système ouvert en interaction continue avec son environnement. Ceci facilite la mise en application du modèle d'adaptation de Roy (2009) dans le processus de *coping* face à l'incertitude définie par Mishel (1988). Dans le contexte de ce mémoire de maîtrise, le modèle de Roy (2009) aidait à reconnaître les différents mécanismes d'adaptation entrepris par les personnes

avec obésité sévère vivant le sentiment de l'incertitude dans l'attente d'une chirurgie bariatrique en contexte de la pandémie de COVID-19. Ces deux cadres références ont structuré l'ensemble de la recherche en orientant la définition du but et des questions de recherche, en soutenant l'élaboration du guide d'entrevue et en offrant une base analytique pour interpréter et discuter les résultats. Leur intégration a permis une compréhension approfondie des mécanismes d'adaptation des personnes en attente d'une chirurgie bariatrique, tout en éclairant l'impact de l'incertitude vécue dans ce contexte particulier. La figure 2 résume l'arrimage des cadres de référence de l'étude.

Figure 2
Carte conceptuelle représentant l'arrimage des cadres de référence.



Concepts utilisés pour l'étude

En se basant sur les cadres de référence présentés, les prochains paragraphes présentent les concepts de l'attente et de l'incertitude de Mischel (1988, 1990) ainsi que les mécanismes d'adaptation (Roy, 2009) et de la santé en contexte d'obésité préconisés pour la présente recherche.

L'attente

Le modèle de Mischel (1988, 1990) n'établit pas de définition explicite du concept d'attente. Cependant, il explore comment l'incertitude émerge en réaction à de nouveaux stimuli associés à une maladie. Voici quelques exemples illustrant la manière dont la notion d'attente est implicitement intégrée dans l'application du modèle d'incertitude de Mischel (1988, 1990), notamment à travers le diagnostic et l'attente des résultats, l'attente d'une intervention médicale, ainsi que le suivi médical et la gestion de la maladie. Toutefois, il s'avère crucial de clarifier une définition du concept d'attente. Selon Irvin (2001), l'attente se définit comme une période du temps imprévisible et indéterminée en durée qui a un début et une fin pendant laquelle la personne anticipe l'arrivée d'un événement. Dans le système de santé, le concept de l'attente réfère à la période du temps pendant laquelle, la personne attend de recevoir un diagnostic médical, un soin ou un service de santé. Autant que la notion de l'attente peut être objective et mesurable par la mesure du temps, elle pourrait être considérée comme un concept subjectif selon les perceptions des personnes qui vivent le phénomène de l'attente (Carr et al., 2014). Dans le contexte de l'attente pour une chirurgie bariatrique, la personne avec obésité sévère se

confronte à un manque d'informations précises, notamment concernant la date exacte de l'intervention chirurgicale. Cette situation pourrait engendrer un niveau accru d'incertitude chez la personne. Ainsi, il s'avère important d'explorer l'attente comme un concept central dans le cadre de cette étude, en alignement avec le modèle de l'incertitude de Mishel (1988, 1990).

L'incertitude

Selon le modèle de Mishel (1988, 1990), l'incertitude dans la maladie survient lorsqu'une personne est incapable d'attribuer une signification claire aux événements liés à son état de santé, en raison d'un manque d'indices suffisants pour en comprendre la nature, le déroulement ou les conséquences. Elle se manifeste notamment lorsque l'information disponible est insuffisante, ambiguë ou incohérente. Dans le contexte de l'attente d'une chirurgie bariatrique, cette incertitude pourrait se traduire par un manque d'information concernant à la fois le moment de l'intervention, notamment l'absence de date précise, et le processus chirurgical lui-même, incluant son déroulement, ses risques, ses bénéfices et ses effets à long terme. Ce déficit informationnel, accentué dans le contexte de la pandémie de COVID-19, pourrait limiter la capacité des personnes avec obésité sévère à anticiper l'évolution de leur état de santé et à se projeter dans l'avenir, contribuant ainsi à un sentiment de vulnérabilité.

Les mécanismes d'adaptation

Comme défini par Roy (2009), l'adaptation renvoie à la fois un processus et un résultat par lesquels la personne prend conscience de sa situation et mobilise des réponses afin de s'intégrer à son environnement. Les mécanismes d'adaptation constituent les moyens par lesquels la personne cherche à réduire le stress et à atteindre un niveau d'adaptation satisfaisant (Roy, 2009). En fonction des mécanismes mobilisés, l'adaptation peut se manifester à un niveau intégré, compensatoire ou de compromis (Roy, 2009). Dans la présente étude, l'accent est mis sur les mécanismes d'adaptation utilisés par les personnes avec obésité sévère pour faire face à l'incertitude liée à l'attente prolongée de la chirurgie bariatrique dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

La santé en contexte d'obésité

Pour explorer le vécu de l'attente chez les personnes avec obésité sévère, il convient de s'appuyer sur le concept de santé en obésité afin de mieux comprendre la perception qu'elles ont de leur propre état de santé. La santé, l'un des quatre concepts centraux du métaparadigme infirmier (aux côtés de la personne, de l'environnement et des soins infirmiers), se définit par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme un état de bien-être physique, mental et social complet, au-delà de la simple absence de maladie (OMS, 2026). Cette définition permet à une personne de considérer qu'elle est en bonne santé malgré la présence d'une maladie. Dans le modèle d'adaptation de Roy (2009), la santé se conçoit comme un état et un processus d'intégration complète et de développement humain. Un manque d'intégration indique ainsi un déficit de santé. Selon

cette perspective, une personne avec obésité sévère peut se percevoir en bonne santé si elle parvient à mobiliser ses ressources pour s'adapter aux changements de son environnement. En reconnaissant la perception qu'ont les personnes avec obésité sévère en attente d'une chirurgie bariatrique de leur état de santé général, il devient possible de déterminer l'ampleur de l'impact de l'incertitude sur leur santé et d'identifier les mécanismes d'adaptation qu'elles adoptent. La section suivante porte sur la méthodologie qui a été mise en œuvre pour réaliser cette recherche qualitative descriptive.

Méthodologie

Cette quatrième section expose la méthodologie adoptée pour atteindre le but de cette étude. Elle se divise en trois volets. Le premier volet présente le devis de recherche. Le second volet présente le déroulement de l'étude, incluant le milieu de recherche, la population cible et les stratégies de recrutement. Le troisième et dernier volet décrit la procédure de collecte et d'analyse des données, les critères de scientificité de la recherche qualitative utilisés ainsi que les considérations éthiques.

Devis de recherche

Le choix d'un devis qualitatif descriptif se justifie par le but de décrire le vécu des personnes avec obésité vivant l'attente pour une chirurgie bariatrique dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Ce devis qualitatif a permis de recueillir des données riches et détaillées sur les perceptions et les émotions de 11 participant.es, en valorisant leurs récits et leur point de vue. Cette méthode est cohérente avec l'objectif de la recherche qualitative descriptive, qui vise à décrire le vécu des personnes avec obésité sévère dans leur contexte particulier (Flanagan & Beck, 2025; Fortin & Gagnon, 2022). Une particularité de cette approche réside dans la concomitance entre l'analyse et la collecte des données (Flanagan & Beck, 2025; Fortin & Gagnon, 2022). Dans la présente étude, les données ont été analysées de manière progressive tout au long du processus de collecte, ce qui a permis d'identifier les thèmes émergents et d'apprécier l'atteinte de la saturation

des données, c'est-à-dire le moment où aucun nouveau thème significatif n'émerge des données recueillies. Fondés sur une analyse de données qualitatives et descriptives, les résultats obtenus permettent de formuler des recommandations concrètes dans les cinq champs de la pratique afin d'améliorer les interventions infirmières auprès des personnes avec obésité sévère en attente d'une chirurgie bariatrique.

Milieu de l'étude

Le milieu choisi de la présente étude s'établissait au domicile des 11 participant.es, puisque les entrevues individuelles et les groupes focalisés ont été réalisés à distance. Ce milieu offrait un environnement naturel et sécuritaire propice à une exploration approfondie de leur vécu sur l'attente de la chirurgie bariatrique lors de la pandémie de COVID-19. Ce contexte était approprié pour rejoindre des personnes adultes avec obésité sévère en attente d'une chirurgie bariatrique au Québec, tout en minimisant les obstacles pouvant freiner leur participation.

Population cible

La population cible de cette étude se composait de personnes adultes vivant avec une obésité sévère, résidant dans la province de Québec et ayant vécu ou vivant une période d'attente pour une chirurgie bariatrique durant la pandémie de COVID-19. L'étude qualitative descriptive porte sur des personnes confrontées à des délais d'attente entre mars 2020 et septembre 2022, période correspondant à la déclaration officielle de la pandémie de COVID-19 par l'OMS (2020) et à la levée de l'état d'urgence sanitaire au

Québec en juin 2022, tout en incluant quelques mois supplémentaires afin de tenir compte des impacts persistants de la pandémie sur l'accès à la chirurgie bariatrique. Le calcul de la période d'attente reposait sur l'intervalle entre la première rencontre avec l'équipe chirurgicale et la réalisation de la chirurgie bariatrique.

Critères de sélection des participant.es

Les critères d'inclusion utilisés pour sélectionner les participant.es comprenaient :

1) Être âgé de 18 ans ou plus, 2) avoir eu une première consultation avec l'équipe chirurgicale avant ou pendant la période de la pandémie, 3) avoir réalisé ou non la chirurgie bariatrique, après avoir vécu l'attente entre mars 2020 et septembre 2022, 4) être en mesure de s'exprimer en français, et 5) avoir accès à l'Internet ainsi qu'à un dispositif compatible avec la plateforme Zoom (ordinateur, iPad ou téléphone cellulaire, par exemple). Les personnes adultes avec obésité sévère en attente d'une chirurgie de révision ou d'une seconde intervention bariatrique ne faisaient pas partie de l'étude, puisque leur parcours de soins et leur vécu de l'attente diffèrent de ceux des personnes en attente d'une première chirurgie bariatrique. Cette décision visait à constituer un échantillon plus homogène.

Stratégies d'échantillonnage

Pour cette étude, un échantillonnage non probabiliste de convenance a été privilégié, c'est-à-dire que les 11 participant.es furent recruté.es parmi les personnes ayant manifesté leur intérêt à participer à l'étude, en fonction de leur disponibilité et à condition

qu'elles répondent aux critères d'inclusion établis. Ce type d'échantillonnage non probabiliste de convenance est couramment utilisé en recherche qualitative, notamment lorsque l'accès à la population est limité, comme dans le contexte de la pandémie de COVID-19 (Flanagan & Beck, 2025; Fortin & Gagnon, 2022). Cette stratégie a permis de recruter des participant.es provenant de différentes régions du Québec, contribuant ainsi à la diversité des contextes d'attente. L'échantillon s'est constitué progressivement au fil du recrutement, lequel s'est poursuivi jusqu'à l'atteinte de la saturation des données, c'est-à-dire jusqu'au moment où aucun nouveau thème significatif n'émergeait.

Déroulement de l'étude

Le recrutement des participant.es a été réalisé par la diffusion d'annonces publiques sur les médias sociaux (groupes Facebook consacrés à la chirurgie bariatrique), permettant de rejoindre des personnes susceptibles de répondre aux critères d'inclusion de la présente étude. Les personnes avec obésité sévère intéressées transmettaient leurs coordonnées à l'étudiante-chercheuse, qui leur envoyait ensuite un courriel pour planifier un entretien téléphonique. Cet entretien clarifiait le but et les questions de l'étude et validait leur admissibilité selon les critères de sélection. Ces personnes jugées admissibles recevaient par courriel un formulaire de consentement accompagné d'une proposition de date pour une rencontre de groupe, adaptée à leurs disponibilités. Une fois les formulaires signés et retournés, les participant.es sélectionné.es recevaient un courriel contenant les détails pratiques de la rencontre, y compris l'heure et le lien Zoom. Ce courriel incluait également un questionnaire sociodémographique à compléter et à retourner à l'étudiante-

chercheuse. Le recrutement s'est poursuivi jusqu'à l'atteinte d'un point de saturation des données, soit lorsque les informations recueillies devenaient redondantes et n'ajoutaient plus de nouvelles informations (Flanagan & Beck, 2025; Fortin & Gagnon, 2022 ; Holloway & Galvin, 2023). En tout, 23 personnes ont manifesté leur intérêt, parmi lesquelles six se sont désistées et cinq ne répondaient pas aux critères d'inclusion (voir la section critères d'inclusion ci-dessus). Finalement, 11 participant.es ont été retenus après avoir transmis leur formulaire de consentement ainsi que le questionnaire sociodémographique à l'étudiante-chercheuse et elles.ils ont participé aux groupes focalisés (n=9) ou aux entrevues individuelles semi-dirigées (n=2). Parmi ces groupes focalisés, l'un regroupait des participant.es ayant déjà subi leur chirurgie bariatrique avant la collecte des données. Les groupes focalisés et les entrevues semi-dirigées faisaient l'objet d'un enregistrement audiovisuel sauvegardé sur l'ordinateur portable de l'étudiante-chercheuse.

L'étudiante-chercheuse juge important de souligner que le recrutement a toutefois été marqué par certains défis, notamment la difficulté à réunir les participant.es à une même date et heure fixe pour les rencontres de groupe, ainsi que des désistements, certains survenus entre l'expression d'intérêt initiale et la tenue des activités de collecte de données. Ainsi et afin de favoriser la participation dans un contexte marqué par des défis de recrutement, une compensation a été offerte aux participant.es sous la forme d'une carte-cadeau de Walmart d'une valeur de 20 \$, envoyée par courriel après la complétion de leur participation à l'étude. Cette compensation a été assumée par l'étudiante-

chercheuse. Par ailleurs, un intérêt marqué a été observé chez des personnes avec obésité sévère ayant déjà subi une chirurgie bariatrique avant la collecte de donnée, souhaitant partager leur vécu de l'attente préopératoire. En réponse à cette réalité, et afin de mieux saisir le vécu de l'attente et de l'incertitude durant la pandémie de COVID-19, les critères d'inclusion ont été ajustés pour permettre d'atteindre un échantillon de personnes avec obésité sévère ayant été opérées sous condition qu'elles aient vécu une attente prolongée pendant cette période. Cette modification a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche (CER) en 2023 (Appendice H). Dans ce contexte, et afin de poursuivre le recrutement tout en assurant l'atteinte de la saturation des données, des ajustements ont également été apportés au déroulement initialement prévu, notamment par l'intégration d'entrevues individuelles semi-dirigées en complément aux groupes focalisés. Cet ajustement méthodologique a également été approuvé par le CER avant sa mise en œuvre en 2023 (Appendice H).

Collecte et analyse des données

Collecte de données

La collecte des données s'est appuyée sur des outils complémentaires, principalement les groupes focalisés, qui ont constitué le principal mode de collecte de données pour cette étude. Cette approche a permis d'explorer en profondeur le vécu des participant.es face à l'attente d'une chirurgie bariatrique dans le contexte de la pandémie de COVID-19, tout en favorisant des échanges spontanés entre des personnes partageant des parcours similaires (Holloway & Galvin, 2023). Les interactions au sein des groupes

ont facilité l'expression des perceptions, des émotions et des stratégies mobilisées durant la période d'attente. Dans cette perspective, les groupes focalisés ont été conçus de manière à favoriser à la fois la diversité des points de vue et un climat propice à l'écoute et à la participation de chacun (Holloway & Galvin, 2023). Pour cette recherche qualitative descriptive, il était initialement prévu de réaliser trois à quatre groupes composés de trois à six participant.es, une configuration reconnue comme favorable à la richesse des échanges tout en maintenant une dynamique de groupe soutenable (Holloway & Galvin, 2023). Toutefois, en raison de contraintes liées au recrutement et à la planification, trois groupes focalisés, chacun composé de trois participant.es, ont finalement été réalisés. Bien que les groupes focalisés aient constitué l'outil principal de collecte des données, des entrevues semi-dirigées individuelles ont été ajoutées en complément afin de soutenir la collecte de données. Cette méthode a permis de recueillir des informations approfondies auprès des participant.es, tout en offrant une plus grande flexibilité logistique et un espace plus intimiste favorisant l'expression du vécu lié à l'attente pour une chirurgie bariatrique dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Les rencontres, qu'il s'agisse des groupes focalisés ou des entrevues semi-dirigées, se sont déroulées sur la plateforme Zoom d'une durée de 40 à 90 minutes. L'utilisation de la plateforme Zoom a offert plusieurs avantages, tels qu'une accessibilité accrue pour les personnes éloignées géographiquement, des coûts réduits et une flexibilité adaptée à leurs contraintes de temps (Jones & Abdelfattah, 2020).

Afin d'encadrer l'activité de la collecte de donnée, un guide d'entrevue a été élaboré. La conception du guide d'entrevue s'appuyait sur les modèles de l'incertitude de Mishel (1988, 1990) et de l'adaptation de Roy (2009). Ce guide d'entrevue est composé d'une question sur le bien-être physique et psychologique des participants, de quatre questions concernant le vécu de l'attente et de deux concernant les mécanismes d'adaptation. Ce guide structuré (Appendice D) a permis d'explorer en profondeur les perceptions et les opinions des participant.es tout en conservant une flexibilité favorisant des réponses riches et nuancées. Les séances de groupes focalisés et des entrevues individuelles débutaient par des questions introductives visant à instaurer un climat de confiance et à faciliter des échanges ouverts sur le vécu de l'attente. En complément, un questionnaire sociodémographique (Appendice C) a permis de recueillir des informations clés, telles que l'âge, le genre, les maladies chroniques et la durée d'attente pour la chirurgie. Le temps estimé pour remplir ce questionnaire était d'environ 10 minutes. Enfin, un journal de bord a été tenu par l'étudiante-chercheuse afin de consigner des réflexions, observations contextuelles et impressions recueillies pendant et immédiatement après les activités de collecte, contribuant à enrichir l'analyse des données. Un journal de bord a également été tenu tout au long de la collecte des données afin de consigner les observations et les réflexions de la chercheuse. Ces notes ont été utilisées pour soutenir le processus d'analyse des données.

En respect aux principes de la recherche qualitative descriptive, la collecte et l'analyse de données se sont déroulées en concomitance (Fortin & Gagnon, 2022). Les

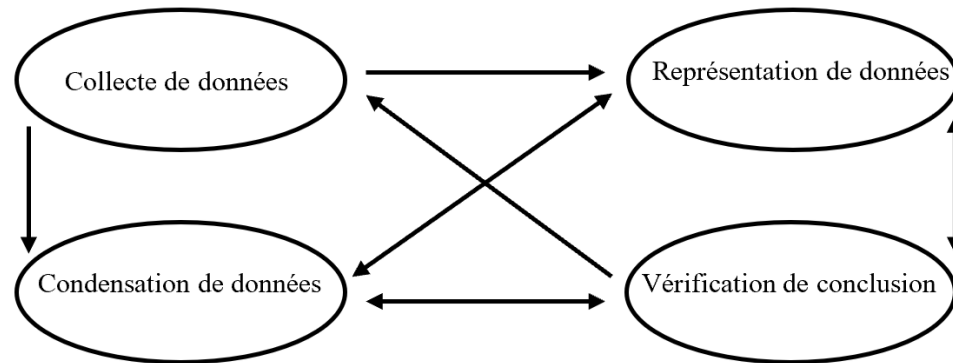
premières analyses ont permis d'identifier des codes, des sous-thèmes récurrents et des thèmes jusqu'à l'atteinte de la saturation des données, permettant de répondre au but et aux deux questions de recherche.

Analyse des données

L'analyse des données de cette étude qualitative descriptive s'appuie sur l'analyse thématique de Miles et al. (2020). L'objectif de l'analyse thématique consiste à dégager des sous-thèmes et des thèmes à partir des données collectées, tout en veillant à éviter une interprétation excessive ou une transformation des données qui s'éloignerait de la réalité perçue par les participant.es (Doyle et al., 2020). L'approche d'analyse thématique décrite par Miles et al. (2020) offre un cadre méthodologique rigoureux permettant d'analyser et d'interpréter les données qualitatives de manière systématique. D'un point de vue plus spécifique, cette démarche d'analyse s'est déployée en trois étapes (Figure 3) : 1) la condensation ou réduction des données, 2) la représentation des données et 3) l'élaboration et la vérification des conclusions (Miles et al., 2020).

Figure 3

« Étapes d'analyse des données » (Miles et al., 2020) [traduction libre].



La condensation des données

La première phase du processus d'analyse de données visait à approfondir la compréhension des données dès le début de l'étude, en identifiant les concepts clés issus des deux cadres de référence tout en amorçant la codification des données. Cette étape permettait de réduire le volume des informations en regroupant les unités similaires sous des catégories pertinentes (Miles et al., 2020). Les concepts clés de cette étude, validés par les directeurs de recherche, s'appuient sur les modèles théoriques de l'incertitude de Mishel (1988, 1990) et de l'adaptation de Roy (2009). Le processus d'analyse se poursuivait par la transcription minutieuse des données brutes recueillies lors des groupes focalisés et des entrevues individuelles. Les enregistrements audios ont été transcrits à l'aide de l'outil de transcription intégré à Microsoft Word (Office 365, version web). Chaque entretien a ensuite été relu attentivement par l'étudiante-chercheuse à partir des

enregistrements et des transcriptions, afin de vérifier son exactitude. Ce processus a été réalisé à deux reprises. Les transcriptions ont été effectuées de manière textuelle et détaillée, capturant non seulement les propos des 11 participant.es, mais aussi certaines nuances du discours, telles que les variations de langage, les pauses significatives et les réactions non verbales spontanées. Cette attention minutieuse renforçait la fidélité des transcriptions et assurait une représentation précise des interactions (Miles et al., 2020). Le processus de codification, central à la condensation des données, a consisté à segmenter les transcriptions en unités de sens, telles que des phrases, des mots-clés ou des expressions significatives. Ces segments ont été associés à des codes élaborés selon une approche à la fois inductive, laissant émerger les thèmes à partir des données en s'appuyant sur les cadres de références préalablement définis (Miles et al., 2020) dans la présente étude. Cette démarche analytique combinée a permis de préserver l'ancrage empirique des données qualitatives tout en assurant leur mise en relation avec les cadres de référence de l'étude. Elle a également préparé le terrain pour le regroupement des sous-thèmes et des thèmes, présentés dans le volet suivant.

La représentation des données

L'affichage des données s'est appuyé sur une représentation structurée des sous-thèmes et des thèmes, permettant d'offrir une vue d'ensemble de leurs relations et de soutenir l'analyse des données qualitatives (Miles et al., 2020). Cette organisation a également permis d'interpréter les données à la lumière du modèle de l'incertitude de Mishel (1988, 1990) et de celui de l'adaptation de Roy (2009). L'affichage des données

sous forme de tableau a ainsi contribué à soutenir l'interprétation des résultats en mettant en évidence les liens entre les éléments issus du corpus et les cadres conceptuels retenus (Miles et al., 2020). Les résultats de cet affichage des données sont présentés dans la section des résultats (Tableau 2).

L'élaboration et la vérification des conclusions

La troisième étape de l'analyse selon Miles et al. (2020), soit l'élaboration et la vérification des conclusions, consiste à examiner les interprétations tirées des données afin de s'assurer qu'elles sont solidement appuyées par le corpus analysé. À cette étape, l'étudiante-chercheuse a revisité les données à plusieurs reprises afin de vérifier que les sous-thèmes et les thèmes identifiés reflétaient fidèlement les propos des participant.es et étaient appuyés par les verbatims. Ce processus a impliqué une démarche itérative entre les données brutes, les codes et les thèmes afin de confirmer la cohérence des interprétations et de s'assurer que les conclusions demeuraient ancrées aux données (Miles et al., 2020). Les sous-thèmes et thèmes ont été définitivement validés avec les directeurs de recherche pour éclaircir les interprétations et renforcer l'analyse. Cette démarche méthodologique a permis de maintenir une interprétation cohérente avec le but et les deux questions de recherche ainsi qu'avec les cadres de référence retenus. Par ailleurs, des mesures ont été mises en place tout au long de la démarche afin de répondre aux critères de scientificité de l'étude, présentés dans les prochains paragraphes.

Critères de scientificité de l'étude

Le déroulement de cette étude a intégré les critères de scientificité reconnus en recherche qualitative, tels que définis par Lincoln et Guba (1985). Les paragraphes suivants présentent la manière dont ces critères ont été pris en compte tout au long de la démarche de recherche.

Confirmabilité

Le critère de confirmabilité a orienté plusieurs choix méthodologiques afin de s'assurer que les résultats reposent sur les données recueillies et reflètent fidèlement le vécu des participant.es (Lincoln & Guba, 1985). Un journal de bord réflexif a été tenu tout au long de l'étude, permettant de consigner les décisions méthodologiques, les impressions de l'étudiante-chercheuse ainsi que les ajustements apportés au fil du processus, afin de limiter l'influence de biais personnels. Bien que les entretiens individuels aient été ajoutés principalement pour répondre à des contraintes logistiques liées au recrutement, la combinaison de différentes sources de collecte de données, incluant les groupes focalisés, les entrevues semi-dirigées et les questionnaires sociodémographiques, a permis de croiser les différentes sources de données et de soutenir la rigueur de l'analyse qualitative.

Fiabilité

Le critère de fiabilité, tel que défini par Lincoln et Guba (1985), a orienté l'ensemble des étapes méthodologiques de cette étude afin d'assurer la cohérence et la

rigueur du processus de recherche. Chaque étape, allant de l'enregistrement audio des groupes focalisés et des entrevues individuelles jusqu'à l'analyse des données, a fait l'objet d'une documentation systématique. Les transcriptions, réalisées de manière textuelle et attentive par l'étudiante-chercheuse, ont favorisé une traçabilité claire des données et des décisions analytiques. L'utilisation d'un guide d'entrevue validé, appuyé sur les deux cadres de référence, l'incertitude de Mishel (1988, 1990) et l'adaptation de Roy (2009), a contribué à une certaine constance dans la collecte des données, tout en laissant place à l'exploration du vécu propre à chaque participant.e de l'étude. Enfin, les directeurs de recherche ont accompagné les différentes étapes de la démarche d'analyse de données, notamment par la révision des décisions prises concernant l'émergence des sous-thèmes et du regroupement des thèmes contribuant ainsi à assurer la fiabilité des données recueillies.

Crédibilité

Le critère de crédibilité, tel que décrit par Lincoln et Guba (1985), a orienté l'ensemble de la démarche d'analyse afin de soutenir une interprétation rigoureuse et fidèle du vécu de l'attente de chirurgie bariatrique dans le contexte de la pandémie de COVID-19 rapporté par les 11 participant.es. La réalisation de groupes focalisés et d'entrevues individuelles semi-dirigées a contribué à l'établissement d'un climat propice à des échanges empreints d'ouverture, permettant aux 11 participant.es d'exprimer librement leurs perceptions, leurs émotions et leur vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique dans le contexte de la COVID-19. De surcroît, les données recueillies ont fait

l'objet de transcriptions détaillées à partir des enregistrements audio, réalisés par l'étudiante-chercheuse, en tenant compte des nuances du discours, telles que les pauses et les réactions spontanées durant la lecture et la relecture des transcriptions, afin de préserver la richesse et le sens des propos. Par ailleurs, le recours à différentes sources de données, groupes focalisés, entrevues individuelles et questionnaire sociodémographique, a permis d'examiner la convergence des informations recueillies et de renforcer la cohérence de l'interprétation lors du processus d'analyse des données.

Enfin, les directeurs de recherche ont participé à la révision des sous-thèmes et des thèmes issus de l'analyse des données, contribuant à garantir un regard critique et une validation rigoureuse du processus analytique des données. L'ensemble de ces stratégies a soutenu la crédibilité des résultats en assurant une cohérence rigoureuse entre les données obtenues en lien avec les cadres conceptuels mobilisés concourant à une interprétation des données proposées (Miles et al., 2020). Ainsi, l'étudiante-chercheuse, par cette démarche, s'est assurée que les résultats obtenus et issus de l'analyse des données reflètent fidèlement les propos des 11 participant.es, assurant ainsi la véracité des conclusions de la présente étude qualitative descriptive.

Transférabilité

Le critère de transférabilité, tel que défini par Lincoln et Guba (1985), a orienté la présentation des résultats afin de fournir aux lecteurs les informations nécessaires pour juger de leur pertinence dans des contextes similaires. Des descriptions détaillées du

contexte de l'étude, incluant les caractéristiques sociodémographiques des participant.es et les conditions de collecte des données, ont permis de situer précisément les résultats. L'analyse des données s'appuyait également sur des verbatims riches et représentatifs des propos des 11 participant.es, illustrant concrètement les sous-thèmes et les thèmes identifiés. Enfin, la diversité des sources de données, issues des groupes focalisés et des entrevues individuelles, a permis de documenter une variété de vécus contribuant possiblement à soutenir la transférabilité des résultats à d'autres contextes comparables ou autres personnes.

Considérations éthiques

Dans le cadre de cette étude qualitative descriptive, les considérations éthiques ont guidé chaque étape de la démarche, notamment par l'obtention d'un consentement éclairé, volontaire et continu de la part des 11 participant.es (Appendice B). Ces mesures visaient à assurer à la fois l'anonymat des participant.es dans les productions écrites et la confidentialité des informations échangées durant la recherche. Des informations ont été fournies dans le formulaire de consentement concernant le but de la recherche, les critères de participation, la nature et la durée de leur implication, ainsi que les risques, les bénéfices attendus et les mesures de confidentialité (Holloway & Galvin, 2023). Leur participation reposait sur une adhésion volontaire, laissant la liberté de refuser de participer ou de se retirer à tout moment sans conséquence négative. Les participant.es pouvaient également choisir de ne pas répondre à certaines questions au cours des discussions de groupe focalisé. Afin de garantir l'anonymat et la confidentialité des

participant.es, un numéro d'identification unique, tel que « Participant #1 », a été attribué à chacun des 11 participant.es au moment de la transcription des données par l'étudiante-chercheuse.

Les rencontres se sont tenues sur la plateforme Zoom, permettant aux participant.es de désactiver leur caméra pour préserver leur identité auprès d'autres participant.es ; certain.es ont d'ailleurs choisi d'utiliser cette option (n=3). En signant le formulaire de consentement, ils s'engageaient à respecter la confidentialité des échanges et de l'identité des autres membres du groupe focalisé. Les données collectées ont été conservées de manière sécurisée sur l'ordinateur personnel de l'étudiante-chercheuse, protégé par un mot de passe, et partagées au besoin avec les directeurs de recherche via OneDrive sur le portail sécurisé d'Office 365 de l'UQO. Une fois que les groupes focalisés et les entrevues semi-dirigées furent transcrits, les fichiers audiovisuels ont été supprimés de façon sécurisée à l'aide d'un logiciel spécialisé. Les 11 participant.es ont été informé.es de la possibilité de ressentir un déséquilibre émotionnel mineur, ce qui a conduit à l'inclusion des coordonnées de services communautaires dans le formulaire de consentement pour leur offrir un soutien psychologique au besoin. Bien qu'aucun bénéfice direct ne leur ait été offert, leur contribution a permis d'enrichir les connaissances sur le vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique et ses répercussions sur la santé des personnes avec obésité sévère dans le contexte de la pandémie de COVID-19. L'étudiante-chercheuse tient à souligner qu'aucun conflit d'intérêts n'a été relevé dans cette recherche.

En conclusion, cette section a présenté le devis de recherche, les méthodes de collecte et d'analyse des données ainsi que les critères de scientificité ayant encadré cette étude qualitative descriptive. L'ensemble de la démarche méthodologique visait à assurer une compréhension rigoureuse et fidèle du vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique chez les personnes avec obésité sévère dans le contexte de la pandémie de COVID-19. À des fins de rédaction, des outils d'intelligence artificielle (Chat GPT) ont été utilisés de manière ponctuelle afin d'améliorer la clarté, la fluidité et la cohérence linguistique du texte, sans intervenir dans l'analyse des données, l'interprétation et la présentation des résultats ni le contenu scientifique du mémoire. La section suivante présente les résultats issus d'analyse des données de cette étude qualitative descriptive.

Résultats

Cette section présente les résultats d'une étude descriptive qualitative menée en contexte de la pandémie de COVID-19, visant à explorer le vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique chez des personnes avec obésité sévère. Les données ont été recueillies par trois groupes focalisés (n=9) et deux entrevues individuelles semi-dirigées (n=2). Plus précisément, elle vise à décrire : 1) le vécu de l'attente de chirurgie bariatrique dans le contexte de la pandémie de COVID-19, et 2) les mécanismes d'adaptation mobilisés face à cette attente. En premier lieu, une présentation des données sociodémographiques a permis d'offrir un aperçu du profil des participant.es (n=11). Ensuite, l'analyse thématique des transcriptions des groupes focalisés et des entrevues individuelles, inspirée de la méthode d'analyse de Miles et al. (2020) et guidée par les modèles de l'incertitude de Mishel (1988, 1990) et d'adaptation de Roy (2009), a fait émerger 21 sous-thèmes et neuf thèmes. Illustrés par des verbatims, ces sous-thèmes et thèmes mettent en lumière les dimensions essentielles de l'incertitude vécue lors de l'attente de la chirurgie bariatrique chez les personnes avec obésité sévère.

Profil sociodémographique des participants à l'étude

L'échantillon de cette étude qualitative descriptive comprend 11 participant.es, parmi lesquels, neuf ont participé à trois groupes focalisés (trois personnes par groupe) ; six en liste d'attente pour une chirurgie bariatrique, trois opérées depuis moins de six

mois et deux autres personnes, également en attente de l'intervention chirurgicale, ont été entendues lors des entrevues individuelles semi-dirigées. Ces entrevues individuelles ont été réalisées afin de pallier les contraintes logistiques liées à la participation aux groupes focalisés. Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des neuf participant.es aux groupes focalisés, ainsi que celles des deux concerné.es par les entrevues individuelles. La majorité des participant.es entendu.es lors des groupes focalisés et des entrevues individuelles étaient des femmes (81,9 %), tandis que les hommes étaient au nombre de deux (18,2 %). Par ailleurs, la majorité de participant.es (63,6 %) présentait entre un et trois diagnostics, parmi lesquels l'apnée du sommeil, la dépression, l'anxiété, le diabète de type II, l'hypertension artérielle, le syndrome des ovaires polykystiques, le syndrome des jambes sans repos et le trouble du déficit de l'attention (TDAH). Concernant les suivis préopératoires en chirurgie bariatrique, 54,5 % des participant.es déclarent ne pas bénéficier d'un suivi avec l'équipe chirurgicale, tandis que 45,5 % en ont un. Parmi ceux bénéficiant d'un suivi, 27,3 % ont des rendez-vous tous les deux ou trois mois. En ce qui concerne le type de chirurgie bariatrique, la majorité des participant.es (54,5 %) ont subi ou sont en attente d'une gastrectomie longitudinale (en manchon). Parmi les cinq autres toujours en attente, trois participant.es (27,3 %) prévoient un court-circuit gastrique (RYGB) et une participante (9,1 %) prévoit une dérivation biliopancréatique. Enfin, près de la moitié des participant.es (45,5 %) rapportent avoir attendu plus de trois ans entre la demande du médecin de famille et la première rencontre avec l'équipe chirurgicale.

Tableau 1
Profil sociodémographique des participant.es

# Participant	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#1	#2
Entretien	GF1	GF1	GF1	GF2	GF2	GF2	GF3	GF3	GF3	EI1	EI2
Genre	F	F	H	F	F	F	F	F	F	H	F
Âge (ans)	30-39	30-39	50-59	30-39	30-39	30-39	30-39	40-49	50-59	60-69	50-59
Revenue (\$)	50k-75k	NSR	>100k	25k-50k	> 100k	< 25k	50k-75k	50k-75k	50k-75k	50k-75k	25k-50k
Statut matrimonial	Célibataire	NSR	En couple	En couple	En couple	En couple	En couple	Célibataire	En couple	En couple	En couple
Enfant à charge	Non	NSR	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non
Problèmes de Santé	SAS, Anxiété, Dépression	SAS	DT2, HTA, SAS, SJSR, TDAH	Aucun	NSR	MP	SAS, Anxiété, SOPK	Aucun	Aucun	MCV, SAS	HTA, SAS
Phase 2 d'attente	< 1 an	1-2 ans	≥ 3 ans	2-3 ans	2-3 ans	1-2 ans	1-2 ans	≥ 3 ans	≥ 3 ans	2-3 ans	≥ 3 ans
Type de Chirurgie	RYGB	RYGB	RYGB	NSR	DBP	GL	GL	GL	GL	GL	GL
Suivi préopératoire	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Fr. de suivis (mois)	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	≤ 6	Aucun	2 à 3	2 à 3	Aucun	Aucun	2 à 3

Note : DT2 : diabète de type II, DBP : dérivation biliopancréatique, EI : entrevue individuelle, F : femme, Fr : Fréquence, GF : Groupe focalisé, GL : gastrectomie longitudinale (en manchon), H : homme HTA : Hypertension artérielle, MCV : maladies cardiovasculaires, MP : maladies pulmonaires, NSR : ne souhaite pas répondre, Part. # : numéro de participant, Phase 2 d'attente : période d'attente entre l'envoi de demande de chirurgie bariatrique par le médecin de famille et la première visite par l'équipe chirurgicale, SAS : syndrome d'apnée du sommeil, , RYGB : court-circuit gastrique, SJSR : syndrome des jambes sans repos, SOPK : syndrome des ovaires polykystiques, TDAH : trouble du déficit de l'attention, Ex. : 50k=50 000.

Outre les données sociodémographiques, l'analyse des verbatims a permis de dégager des extraits significatifs à l'aide de la codification permettant d'identifier 21 sous-thèmes et neuf thèmes majeurs. Ces derniers répondent au but général et aux questions de recherche. Le prochain volet présente ces thèmes, issus d'une analyse thématique rigoureuse selon la méthode de Miles et al. (2020).

Résultat d'analyse thématique

Ce volet présente les 21 sous-thèmes et les neuf thèmes principaux issus de l'analyse thématique des données réalisée selon la méthode de Miles et al. (2020) que l'on retrouve dans le tableau 2. La formulation de ces neuf thèmes s'appuie sur deux cadres de références, soit le modèle d'incertitude de Mishel (1988, 1990) de même que le modèle d'adaptation de Roy (2009), qui ont guidé l'interprétation des données. Pour chacun des 21 sous-thèmes, répartis sous neuf thèmes majeurs, des extraits de verbatims soigneusement sélectionnés illustrent le vécu des participant.es en attente d'une chirurgie bariatrique durant la pandémie de COVID-19. Ces citations appuient l'analyse dans leur vécu réel et donnent au lecteur un aperçu direct de leur quotidien. Chaque extrait de verbatim est référencé par le numéro du groupe focalisé (GF) ou de l'entrevue individuelle (EI), le numéro du participant, ainsi que les numéros de lignes correspondantes aux codes dans le fichier Word de la transcription des données audios de chaque participant.es. Par exemple, «GF1, Participant #2, Ligne 92 » fait référence au premier groupe focalisé, participant #2, ligne 92 de la transcription dans le fichier Word.

Tableau 2*Résultat d'analyse*

Questions de Recherche	Thèmes	Sous-thèmes
1) Quel est le vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique chez les personnes avec obésité sévère dans le contexte de la pandémie de COVID-19 ?	Antécédents de l'incertitude	Manque d'information sur la chirurgie bariatrique Imprévisibilité de la date de chirurgie
	Évaluation de l'incertitude	Menace Opportunité
	État de santé physique détérioré	Fatigue accentuée Conditions de santé exacerbées Douleurs musculosquelettiques aggravées
	État psychologique fragilisé	Sentiments négatifs Stress amplifié Peur de jugement lié au poids
	Limitation dans le fonctionnement des rôles sociaux	Activités sociales familiales limitées Confinement obligatoire de COVID-19
	Complexités dans la trajectoire des soins et services	Suivis préopératoires inadéquats Manque d'uniformité des services bariatriques selon les établissements Incompréhension dans la priorisation de chirurgie bariatrique
2) Quels sont les mécanismes d'adaptation des personnes avec obésité sévère, face à l'attente de la chirurgie bariatrique et l'incertitude associée dans le contexte de la pandémie de COVID-19?	Soutien social	Appui des proches et pairs Ressources issues des médias sociaux
	Activités occupationnelles	Loisirs Projets personnels
	Exploration de soutiens alternatifs	Recours au secteur privé Considération de la chirurgie à l'étranger

À titre de rappel, cette analyse repose sur les données recueillies lors de trois groupes focalisés (n=9) et de deux entrevues individuelles (n=2). La présentation des résultats débute par le premier thème identifié lors de l'analyse comme on le retrouve dans le tableau 2.

Thème I-Antécédents de l'incertitude

Le premier thème « antécédents de l'incertitude » ayant émergé des analyses de données englobe l'ensemble des facteurs internes et externes susceptibles de générer un état d'incertitude chez une personne avec obésité sévère en attente de la chirurgie bariatrique dans le contexte de la pandémie de COVID-19. À la lumière des données recueillies lors de groupes focalisés, tous les participant.es (n=9) rapportent que les antécédents d'incertitude se manifestent principalement par l'imprévisibilité de la date de l'intervention chirurgicale et le manque d'information sur le déroulement de la chirurgie bariatrique ainsi que sur les résultats attendus. Les mêmes résultats ont été ressortis par des participant.es lors des entrevues individuelles (n=2). En effet, les résultats de cette étude révèlent que le manque d'informations précises sur le déroulement du processus chirurgical et sur les délais d'attente empêche les participant.es de donner un sens clair à leur vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique. Lors des entretiens, ceux-ci ont exprimé deux grandes interrogations : d'une part, ils se demandent quand aura lieu l'intervention bariatrique, ce qui témoigne de l'imprévisibilité ressentie. D'autre part, ils cherchent à comprendre le déroulement exact du processus chirurgical, soulignant ainsi un manque d'information. L'absence de réponses satisfaisantes à ces questions entretient et amplifie

leur sentiment d'incertitude. Ce premier thème émerge de deux sous-thèmes soit: 1) manque d'information sur la chirurgie bariatrique et 2) imprévisibilité de la date de chirurgie.

Sous-thème #1 – Manque d'information sur la chirurgie bariatrique

Le sous-thème « manque d'information sur la chirurgie bariatrique » met en lumière le manque de connaissance concernant le processus de la chirurgie bariatrique. Parmi les neuf participant.es interrogé.es lors des groupes focalisés, quatre expriment un manque d'information pertinente concernant le processus chirurgical. Ces participant.es soulignent leur faible niveau de connaissance sur la chirurgie bariatrique ainsi que l'insuffisance des ressources disponibles pour répondre à leurs interrogations liées au processus chirurgical. Cette situation contribue, selon eux, à entretenir un sentiment d'incertitude. À ce sujet, la participante #6 du GF2 déclare que : « En ce moment, l'attente est du vide, on ne sait pas beaucoup de choses sur la chirurgie » (GF2, Participante #6, Lignes 355-356). Pour sa part, la participante #9 ayant eu sa chirurgie bariatrique au moment de l'entrevue de GF3, témoigne que : « Pendant l'attente de la chirurgie, je n'étais pas convaincue que je voulais une chirurgie bariatrique, car je manquais d'information, puis j'avais besoin d'en parler avec le chirurgien » (GF3, Participante #9, Lignes 251-252). Par ailleurs, l'un des deux participant.es interrogé.es lors des entrevues individuelles confirme ce constat, renforçant ainsi le témoignage recueilli. Voici le témoignage du participant #1 interrogé lors de EI1 : « De tous ceux qui rendent compte, je vais dire que c'est de l'inconnu. C'est l'inconnu qui me rendait traumatisé » (EI1, Participant #1, Lignes

557-558). Somme toute, il semble que le manque d'informations entourant la chirurgie bariatrique engendre de l'incertitude en période préopératoire chez les participant.es vivant l'attente.

Sous-thème #2 – Imprévisibilité de la date de chirurgie

Le sous thème « imprévisibilité de la date de chirurgie » met en lumière le manque de prévisibilité quant à la date de la chirurgie bariatrique. Parmi les six personnes qui attendent une chirurgie bariatrique et qui ont participé aux groupes de discussion, aucune ne connaissait la date précise de l'intervention, malgré le temps écoulé. Parmi les trois autres participant.es des groupes focalisés récemment opéré.es, deux mentionnent avoir vécu une attente prolongée de la chirurgie bariatrique sans toutefois connaître la date prévue de leur intervention. Les données recueillies lors des groupes focalisés (n=9) indiquent que l'imprévisibilité qui en découle engendre un sentiment d'incertitude chez les participant.es, un point illustré par le témoignage de la participante #8 lors de GF3: « Ce qui dérange, c'est le fait de ne pas voir elle est où la destination [la date]. D'être lâchée là sans savoir la date, ça me rendait complètement folle » (GF3, Participante #8, Ligne 429-432). En effet, au cours des groupes focalisés, certain.es participant.es soulignent que l'imprévisibilité entourant la date de leur chirurgie s'était encore intensifiée durant la pandémie de COVID-19. À ce sujet, voici le témoignage de la participante #9 : « Je savais que la COVID-19 retarderait le processus, je n'avais aucune idée, à quel point » (GD3, Participante #9, Ligne 402). Par ailleurs, les données issues des entrevues individuelles (n=2) confirment les résultats obtenus lors des groupes focalisés. À ce sujet, la participante

#2 précise « Moi, je trouve le processus d'attente qu'il est regrettable, parce qu'on voit le professionnel de santé, mais on ne voit pas d'échéancier » (EI2, Participante #2, Ligne 425).

À la lumière des témoignages recueillis lors des groupes focalisés (n=9) et des entrevues individuelles (n=2), les résultats sur les antécédents de l'incertitude révèlent que l'insuffisance d'information claire sur le déroulement du processus chirurgical, combinée à l'absence d'un échéancier approximatif, place les participant.es dans un état d'incertitude marqué, intensifié par le contexte pandémique. Somme toute, ce premier résultat montre que l'attente prolongée de la chirurgie bariatrique constitue une préoccupation centrale pour les participant.es, répondant ainsi à la première question de recherche. Le thème suivant examine la manière dont les participant.es évaluent l'incertitude associée à l'attente de la chirurgie bariatrique.

Thème II- Évaluation de l'incertitude

L'analyse des données a fait ressortir un second thème portant sur l'évaluation de l'incertitude. Face à l'incertitude, les participant.es mobilisent une évaluation de la situation fondée sur leurs expériences passées et leurs croyances. Pour certain.es (n=6), interrogé.es lors des groupes focalisés, l'incertitude est perçue comme une menace, notamment en lien avec la perte de contrôle face à l'imprévisibilité de la situation, générant une tension intérieure et une difficulté à l'accepter. Inversement, d'autres participant.es (n=2), au cours des mêmes groupes, perçoivent l'incertitude comme une

opportunité : ce délai imprévu leur permet de consolider certaines habitudes et de se préparer à la vie qui suivra après la chirurgie. Cette perspective plus optimiste semble témoigner d'une capacité d'adaptation proactive, permettant non seulement de composer avec l'inconnu, mais aussi d'en tirer un potentiel de transformation personnelle. Les parties suivantes approfondissent ces deux sous-thèmes contrastés, 1) menace et 2) opportunité, qui composent le thème de l'évaluation de l'incertitude et émergent des verbatims des participant.es.

Sous-thème #1 – Menace

Le sous-thème « menace » met en évidence la perception de l'incertitude comme une expérience éprouvante, marquée par une tension intérieure pour conserver l'espoir. Dans leur évaluation de l'incertitude liée à l'attente de la chirurgie bariatrique, certain.es participant.es interrogé.es lors des groupes focalisés (n=3) la perçoivent comme une menace au sentiment de contrôle et à l'équilibre psychologique, notamment en raison de son imprévisibilité. À ce sujet, les propos de la participante #1 lors de GF1 illustrent bien cette tension intérieure : « Je lutte contre l'attente, parce que je pense que si je l'accepte, je vais perdre la foi et mon vouloir du fait que ça va arriver, puis je ne veux pas abandonner ma cause » (GF1, Participante #1, Lignes 587-588). De son côté et lors du même groupe focalisé (GF1), le participant #3 renforce ce sentiment de menace en déclarant : « Je ne veux pas accepter l'attente, puis j'ai une amie qui me dit d'arrêter d'y penser et que ça va arriver. Mais c'est parce qu'après quatre ans, on n'arrête plus d'y penser » (GF1, Participant #3, Lignes 661-663). Ces résultats ont été appuyés par l'analyse des données obtenues lors

des entrevues individuelles (n=2). Voici les propos du participant #1 verbalisés au cours de EI1: « C'est désavantage d'attendre comme ça. J'ai hâte d'avoir ma chirurgie pour pouvoir revenir à une vie normale » (EI1, Participant #1, Lignes 181-182).

Il semble que lorsque l'incertitude est perçue comme une menace, elle tend à susciter une forme de résistance ou de rejet, accentuée par l'absence de soutien perçu ou d'informations concrètes en lien avec l'attente de la chirurgie bariatrique. Les résultats obtenus révèlent que cette évaluation négative de l'incertitude s'accompagne d'un sentiment d'insatisfaction et d'une difficulté à trouver un sens utile à l'attente, ce qui teinte défavorablement le vécu de la personne avec obésité sévère en attente de sa chirurgie bariatrique.

Sous-thème #2- Opportunité

Le sous-thème « opportunité » met en lumière une vision optimiste de l'attente de la chirurgie bariatrique pour une transformation personnelle. L'analyse des verbatims révèle que, parmi les participant.es interrogé.es lors des groupes focalisés, seules deux personnes (n=2) perçoivent le temps d'attente comme une période favorable à l'introspection, à l'adoption de meilleures habitudes de vie et à une préparation active à la chirurgie. Cette forme d'opportunité s'avère illustrée par les propos de la participante #5 du GF2 : « Je suis positive. Ça ne fait pas de la peine. En effet, jusqu'à maintenant, le temps que j'ai attendu m'a permis d'être prête et de m'habituer à la chirurgie. Si l'attente continue encore, ce n'est pas grave » (GF2, Participante #5, Lignes 425-429). De plus, la

participante #9, ayant déjà été opérée au moment de l'entrevue, a exprimé avoir retiré un bénéfice de cette période d'incertitude :

L'attente m'a permis de vraiment me questionner pour me solidifier pour ce qui m'attend. Puis le fait qu'ils nous laissent du temps entre les rencontres, c'est pour qu'on observe nos comportements alimentaires puis qu'on en réfléchisse pour voir si on est prêt à s'embarquer dans ce qui nous attend (GF3, Participante #9, Lignes 439-441 et 443-445).

En somme, les données recueillies lors des groupes focalisés (n=9) et des entrevues individuelles (n=2) font ressortir deux perceptions opposées du niveau d'évaluation de l'incertitude liée à l'attente de la chirurgie bariatrique. Pour la majorité (n=5), elle représente une menace au sentiment de contrôle et à l'équilibre psychologique, exacerbée par le manque d'information et l'absence de repères temporels, et associée à une tension intérieure face à l'imprévisibilité de la situation. Pour d'autres (n=2), l'évaluation de l'incertitude constitue une opportunité de réflexion, de préparation et de changement. Il semble que ces deux modalités d'évaluer l'incertitude influenceraient la manière dont les participant.es des groupes focalisés (n=9) et des entrevues individuelles (n=2) y réagiraient et orienteraient les mécanismes mobilisés pour y faire face. Le prochain thème en lien avec le vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique porte sur l'état de santé physique des participant.es.

Thème III – État de santé physique détérioré

Ce troisième thème, centré sur l'état de santé physique détérioré, s'inscrit dans la première question de recherche en montrant comment l'attente de la chirurgie bariatrique

est vécue au niveau de l'état de santé physique, dans un contexte marqué par la pandémie de COVID-19. Les données recueillies dans les groupes focalisés (n=9) et des entrevues individuelles (n=2) indiquent que cette attente et l'incertitude qui l'accompagne ainsi que l'obésité sévère comme un facteur intrinsèque nuisent à la santé physique des participant.es en attente de leur chirurgie bariatrique. Ce constat s'articule en trois sous-thèmes étant : 1) fatigue accentuée, 2) conditions de santé exacerbées et 3) douleurs musculosquelettiques aggravées, qui seront abordées dans les paragraphes suivants.

Sous-thème #1- Fatigue accentuée

Ce premier sous-thème « fatigue accentuée » met en lumière la fatigue ressentie pendant la période de l'attente de la chirurgie bariatrique par certain.es participant.es (n=4) lors des groupes focalisés, ce qui semble accroître la détérioration de leur état de santé physique. Ces participant.es (n=4) rapportent que plus l'attente se prolonge, plus la fatigue liée à leur obésité sévère s'accroît. Cette forme de fatigue se manifeste notamment par une mobilité restreinte, ce qui limite encore davantage leur participation aux activités de la vie quotidienne et aggrave les complications liées à l'obésité. Plusieurs verbatims mettent en lumière cette dynamique, dans laquelle les quatre participant.es, dans les groupes focalisés, décrivent une difficulté à se mobiliser et ses effets sur leur capacité à maintenir une routine active. À ce sujet, lors du groupe focalisé GF1, la participante #1 exprime sa fatigue : « Je n'ai jamais pensé que je sentirais tellement fatiguée comme si je travaillerais en construction. Je suis à ce point que je dois payer quelqu'un nettoyer chez nous parce que c'est quelque chose qui est fatiguant physiquement » (GD1, Participante

#1, Lignes 157-160). Concernant les entrevues individuelles (n=2), un de ces participant.es soutient à l'exacerbation de la fatigue pendant l'attente prolongée. Le participant #1 lors de l'entrevue EI1 se dit : « J'ai encore de la difficulté à me déplacer, à cause de la fatigue. Ce qui me prenait 15 minutes à faire avant, aujourd'hui il me faut une demi-heure pour le faire » (EI1, Participant #1, Lignes 27 et 189-191). Ce témoignage appuie sur les résultats obtenus lors d'entrevues de groupe focalisé.

Bref, les données montrent que la fatigue accentuée constitue un vécu fréquent. Plusieurs participant.es évoquent une baisse importante de leur capacité à accomplir leurs activités quotidiennes, qui semble s'aggraver durant l'attente.

Sous thème #2 - Conditions de santé exacerbées

Le deuxième sous-thème correspond aux « conditions de santé exacerbées » qui engendrent une détérioration de l'état physique de participant.es avec obésité sévère en attente d'une chirurgie bariatrique. Lors de groupes focalisés (n=9) et des entrevues individuelles (n=2), la majorité des participant.es (n=10) avec une obésité sévère rapportent avoir des conditions de santé exacerbées. D'après ces participant.es, il s'agit des problèmes de santé supplémentaires qui se greffent à leur obésité sévère et aggravent davantage leur état de santé général. Certains participant.es (n=8) ont rapporté lors des groupes de discussion focalisés l'existence d'un lien perçu entre la durée de l'attente et l'aggravation progressive des problèmes de santé reliés à l'obésité, tels que les problèmes respiratoires, le diabète de type 2, l'hypertension artérielle ou l'apparition de nouveaux

problèmes de santé, tels que la stéatose hépatique ou le TDAH. Voici l'illustration donnée par la participante #1 dans son témoignage suivant :

Je suis rendue avec des problèmes respiratoires, même récemment, j'ai une toux qui ne s'arrête pas. Puis, mon système immunitaire qui est beaucoup plus faible. Maintenant, j'ai une grippe et ça dure. J'ai mon foie gras aussi. Je suis diagnostiquée depuis quelques mois avec un foie moyennement gras (GF1, Participante1#, Lignes 82-85).

Ainsi le participant #3 appuie ce témoignage par ses propos :

Je viens d'avoir des troubles de mémoire. Avec les troubles de santé, comme le diabète de type II, l'hypertension, le syndrome des jambes sans repos, aussi l'apnée du sommeil, c'est un cocktail de médicaments que je dois prendre. C'est justement un peu l'effet de ses médicaments que je ne me sentais pas attentif dans mon travail. J'en ai parlé à mon médecin, mais, finalement on m'a diagnostiqué un TDAH. On est en attente de la chirurgie pour justement améliorer notre état de santé, mais au bout du compte, on déchanté (GF1-Participant #3, Lignes 25-26 et 144-154).

Par ailleurs, les deux participant.es des entrevues individuelles (n = 2) attribuent un état de santé physique détérioré à la présence des problèmes de santé, tels que l'hypertension artérielle, les affections pulmonaires et les troubles cardiaques. Dans la même veine, le participant #1 de l'E11 indique que son obésité sévère l'a rendu plus vulnérable à la COVID-19 ; les séquelles de l'infection, combinées au report de sa chirurgie bariatrique, ont encore aggravé ses conditions de santé et réduit progressivement ses capacités physiques :

J'ai été déjà en surplus de poids en 2018. Ceci m'a causé d'attraper la COVID et j'ai été hospitalisé et en coma. Depuis, mon surplus de poids a augmenté et j'ai été affecté au côté du cœur, j'étais affecté au côté de poumons et maintenant j'ai des problèmes cardiaque et pulmonaire. En effet tout ça retarde la chirurgie (E11, Participant #1, Lignes 70-72).

En résumé, il ne fait aucun doute qu'à la lumière des résultats obtenus, la majorité des participant.es (n=10) lors des groupes focalisés et des entrevues individuelles soulignent les répercussions physiques néfastes d'une attente prolongée, marquée par une aggravation progressive de leur état de santé physique.

Sous-thème #3 – Douleurs musculosquelettiques aggravées

Le troisième sous-thème met en lumière l'aggravation continue des douleurs musculosquelettiques aggravées et rapportée par les participant.es (n=7) des groupes focalisés pendant l'attente de leur chirurgie bariatrique. Le témoignage de chacun de ces participant.es (n=7) révèle que les restrictions sociales imposées par la pandémie de COVID-19 ont entraîné une réduction supplémentaire de la mobilité, engendrant ainsi des douleurs musculosquelettiques. Lors des groupes focalisés, le participant #3 affirme que :

Moi, dans mon cas, j'ai toujours eu des problèmes de douleur de dos, mais là, j'ai développé une douleur au niveau du cou à cause de mauvaises postures au télétravail pendant la pandémie (GF1, Participant #3, Lignes 20-24).

Qui plus est, la participante #1 témoigne sur l'exacerbation de ses douleurs musculosquelettique en lien avec l'obésité sévère :

Je ne peux pas marcher plus que cinq minutes, parce que je commence à avoir des maux de dos intenses et que je dois m'asseoir sur le trottoir pour détendre mes muscles. Aussi, des maux de genoux, j'habite au deuxième étage d'un triplex, puis monter descendre les escaliers, c'est douloureux au niveau de genou (GF1, Participante #1, Lignes 78-88).

Dans les entrevues individuelles, les deux participant.es (n=2) signalent une aggravation de leurs douleurs musculosquelettiques durant l'attente de la chirurgie

bariatrique, soutenant ainsi les résultats des groupes focalisés (n=7). À cet égard, la participante #2, lors de l'EI2, déclare : « Ils veulent qu'on bouge plus, mais j'ai mal aux articulations. J'ai mal aux pieds, je fais de fasciite plantaire. Je fais une tendinite au tendon d'Achille. La douleur est trop haute et ils ne peuvent pas faire d'infiltration » (EI2, Participante #2, Lignes 74-75).

Enfin, les résultats obtenus suggèrent que la durée prolongée de l'attente pour la chirurgie bariatrique pourrait contribuer à l'aggravation de certains problèmes de santé, et à l'augmentation de la fatigue et des douleurs musculosquelettiques chez les participant.es. Le thème suivant porte sur l'état psychologique fragilisé des participant.es de l'étude lors de l'attente de la chirurgie bariatrique.

Thème IV – État psychologique fragilisé

Le quatrième thème porte sur « l'état psychologique fragilisé » des participant.es en attente d'une chirurgie bariatrique. L'incertitude vécue durant cette période a pour conséquences de perturber leur équilibre psychologique et génère une accumulation de stress, d'anxiété et de frustration. L'imprévisibilité de la date de la chirurgie, le manque de contrôle perçu et la difficulté à se projeter dans l'avenir contribuent à nourrir un stress important chez les participant.es. De même, le déficit d'informations complique l'organisation du quotidien et la gestion de l'attente, ce qui participe à renforcer leur détresse émotionnelle. Par ailleurs, la peur du jugement lié au poids, déjà ancrée dans leur vécu de l'obésité, s'impose comme une source supplémentaire de fragilisation

psychologique durant l'attente, accentuant l'anxiété et la vulnérabilité émotionnelle. Ce thème émerge de trois sous-thèmes : 1) sentiments négatifs, 2) stress amplifié et 3) peur de jugement lié au poids.

Sous thème #1 – Sentiments négatifs

Ce premier sous-thème révèle que l'incertitude liée à l'attente prolongée de la chirurgie bariatrique, marquée par un manque d'information et une imprévisibilité de la date de l'intervention, génère des « sentiments négatifs » chez la majorité des participant.es (n=7) lors des groupes focalisés. Ces sentiments se manifestent par des émotions telles que l'anxiété, la peur, l'angoisse, la frustration et le désespoir. À ce sujet, la participante #1 lors de l'entretien du GF1 verbalise : « Peut-être six mois de plus d'attente sont acceptables, mais là, c'est rendu un an et demi de plus, puis on ne m'a pas encore donné de date. Ça cause beaucoup d'anxiété » (GF1, Participante #1, Lignes 230-232). Qui plus est, le participant #3 soutient au sentiment de la frustration : « Il y a une frustration, vraiment une frustration rendue à ce niveau-là. Parce qu'on s'attend à un certain délai, qui est normal. Puis quand il dépasse beaucoup, il devient frustrant » (GF1, Participant #3, Lignes 660-661). Les données recueillies lors des entrevues individuelles (n=2) viennent confirmer ces résultats. Ainsi, le participant #1 interrogé lors de l'entretien individuel EI1 mentionne : « Pour des personnes qui attendent la chirurgie bariatrique, ça dure et il cause un traumatisme : l'anxiété, l'angoisse et la peur » (EI1, Participant #1, Ligne 549).

Ces résultats soulignent l'intensité des sentiments négatifs vécus par les participant.es et accentués par l'incertitude persistante, dans un contexte d'attente prolongée de la chirurgie bariatrique. En ce sens, ces témoignages lors des entretiens de groupes focalisés et individuels mettent en lumière les répercussions de l'attente et de l'incertitude sur la façon dont les personnes avec obésité sévère se perçoivent, en fragilisant leur équilibre psychologique.

Sous-thème #2 – Stress amplifié

Le sous-thème « stress amplifié » met en lumière une intensification du stress psychologique chez les participant.es durant la période d'attente. Au sein des groupes focalisés, certains participant.es (n=5) indiquent que l'attente prolongée engendre un stress psychologique marqué, dépassant le simple malaise lié au temps qui passe. À mesure que l'attente se prolonge et que l'incertitude persiste, le niveau de stress s'intensifie, fragilisant l'équilibre psychologique des participant.es et entamant leur sentiment de contrôle sur leur vie quotidienne. La participante #8 lors de GF3 souligne l'inquiétude ressentie face à l'incertitude liée au vécu de l'attente : « J'ai eu les premiers appels en octobre 2020, donc il a été pratiquement deux ans et demi, ça a été très long. Je ne savais pas s'il m'avait oubliée. [...], c'est quelque chose qui est vraiment stressant » (GF3, Participante #8, Lignes 176-180). De plus, pendant le GF1, la participante #1 ajoute : « C'est rendu un an et demi de plus, puis on ne m'a pas encore donné de date, c'est psychologiquement extrêmement stressant » (GF1, Participante #1, Lignes 230-231). Le même sentiment a été ressenti par des participant.es aux entrevues individuelles (n=2). De

son côté, le participant #1 lors des entrevues individuelles (n=2) résume clairement l'effet de cette attente prolongée de la chirurgie bariatrique sur son niveau de stress : « Et l'attente est très longue, puis elle est stressante » (EI1, Participant #1, Ligne 165).

Somme toute, ces quelques témoignages lors des groupes focalisés et des entrevues individuelles montrent que l'incertitude, combinée à la longueur du processus, amplifie le stress vécu et fragilise donc l'état psychologique chez les participant.es en attente de leur chirurgie bariatrique.

Sous-thème #3 – Peur de jugement lié au poids

Ce sous-thème met en lumière la présence d'une « peur de jugement liée au poids » chez certains participant.es durant la période d'attente. Certains participant.es (n=3), lors des groupes focalisés, expriment un inconfort lié au regard des autres, tel qu'il ressort de leurs propos, se traduisant par une peur d'être jugés en raison de leur poids. Dans le cadre de ce sous-thème, cette peur est abordée comme un ressenti explicitement exprimé par les participant.es. Il s'agit d'une crainte déjà présente au quotidien, mais qui prend une dimension encore plus lourde durant l'attente de la chirurgie bariatrique, dans un contexte marqué par l'incertitude. La participante #8 exprime ce sentiment ainsi : « J'avais peur que les autres parents me jugent parce que j'étais lourd » (GF3, Participante #8, Lignes 49-50). De son côté, la participante #5 lors de GF2 évoque également cette peur en affirmant : « Ce n'est pas évident même s'inscrire aux salles d'entraînement ou aux autres activités sociales, car on est toujours un peu jugé » (GF2, Participante #5, Lignes 456-

458). Bien que cette peur ne soit pas propre à l'attente, les propos recueillis indiquent qu'elle persiste dans ce contexte d'incertitude et qu'elle s'inscrit parmi les vulnérabilités émotionnelles rapportées par les participant.es.

En somme, l'attente prolongée et l'incertitude associée semblent générer un ensemble de sentiments négatifs et de stress, fragilisant l'équilibre psychologique des participant.es. Ces vécus associés à la peur du jugement liée au surpoids rapportée durant cette période semblent fragiliser l'état de santé psychologique des participant.es. Cet état psychologique fragilisé se répercute également sur le fonctionnement des rôles sociaux des participant.es, comme l'illustre le thème suivant.

Thème V– Limitation dans le fonctionnement des rôles sociaux

Ce cinquième thème aborde les « limitations liées au fonctionnement des rôles sociaux » durant l'attente de la chirurgie bariatrique. L'attente prolongée accentue les limites déjà présentes, car elle prolonge une période où les participant.es se sentent restreint.es dans leurs activités sociales et familiales. Ces contraintes découlent principalement de l'obésité sévère, qui limite l'accès à certaines activités et crée une peur du regard des autres, et du contexte de la pandémie de COVID-19, dont les mesures de confinement ont amplifié ces restrictions. Les données recueillies lors des groupes focalisés et des entrevues individuelles montrent que cette combinaison de facteurs personnels et contextuels fragilise le fonctionnement social des personnes en attente de

chirurgie bariatrique. Ce thème se décline en deux sous-thèmes : 1) activités sociales limitées et 2) confinement obligatoire lié à la COVID-19.

Sous-thème #1 – Activités sociales limitées

Le sous-thème des « activités sociales limitées » illustre la difficulté des participant.es à assumer leurs rôles sociaux durant l'attente de la chirurgie bariatrique. Si les contraintes physiques liées à l'obésité restreignent déjà leur participation sociale, cette période d'attente a contribué à prolonger et accentuer ces limitations. Les limitations des activités sociales rapportées par les participant.es s'expliquent par une combinaison de facteurs, incluant les contraintes physiques liées à l'obésité sévère, mais aussi des facteurs psychologiques déjà décrits précédemment, tels que la peur du jugement lié au poids, qui semblent influencer les comportements d'évitement social. Lors des trois groupes focalisés, quatre participant.es (n=4) ont évoqué que cette situation réduisait leur implication dans la vie familiale, amicale et sociale. Comme l'exprime la participante #8 lors de GF3 : « Je me suis empêchée d'aller faire certaines activités avec ma fille parce que j'avais peur d'être trop pesante » (GF3, Participante #8, Ligne 48). À l'appui de ces résultats, lors des entrevues individuelles (n=2), seul le participant #1 a parlé d'une réduction de ses activités sociales, confirmant en partie les observations des groupes focalisés.:

Mon état social est affecté, je ne peux pas me déplacer où je veux. Je ne peux pas aller dans les restaurants ou au cinéma ou au spectacle, parce qu'ils ont souvent les sièges trop petits pour moi. Voyager avec l'avion me coûte plus cher. Parce que je ne rentre pas dans les sièges d'avion normales (EI1, Participant #1, Lignes 122-125).

Ainsi, la période d'attente prolonge une situation déjà contraignante et accentue le sentiment d'isolement, en limitant la capacité des participant.es à remplir pleinement leurs rôles sociaux.

Sous-thème #2 – Confinement obligatoire lié à la COVID-19

Le contexte de cette étude, marqué par le « confinement obligatoire lié à la COVID-19 » survenue durant la période d'attente pour la chirurgie bariatrique, représente un facteur extrinsèque ou stimulus contextuel ayant limité l'activité sociale des participant.es interrogé.es. Lors des entrevues de groupes focalisés, plusieurs d'entre eux (n=8) rapportent que le confinement obligatoire a considérablement restreint leurs interactions sociales, entraînant une diminution de leur activité physique et cela portait les gens à s'alimenter plus qu'à l'habitude. À ce sujet, la participante #2 au GF1 témoigne de cette situation liée à la pandémie: « Effectivement, on sortait moins, même pour faire l'épicerie, c'était compliqué. Toutes les sorties et les autres activités étaient impactées. On passait plus de temps à la maison, voyait moins d'amis et sortait peu » (GF1, Participante #2, Lignes 543-545). Dans les entrevues individuelles (n=2), les deux participant.es ont, eux aussi, évoqué l'impact du confinement obligatoire lié à la COVID-19 sur leur vie sociale, confirmant ainsi les constats des groupes focalisés. Comme l'explique la participante #2 lors de l'EI2 : « Là, c'est sûr qu'avec la COVID, on a arrêté d'aller aux salles d'entraînement. On a arrêté de voir des amis » (EI2, participante #2, lignes 77-78).

En somme, l'attente de la chirurgie bariatrique a contribué à amplifier les limitations déjà présentes dans la vie sociale, familiale et professionnelle des participant.es. Qu'il s'agisse des obstacles liés à l'obésité sévère ou des restrictions vécues pendant la pandémie, ces vécus ont freiné l'exercice des rôles sociaux et renforcé le sentiment d'isolement.

Thème VI – Complexités dans la trajectoire des soins et services

Ce sixième thème met en lumière la « complexité de la trajectoire des soins et services » vécue par les participant.es (n=11) durant la période d'attente de la chirurgie bariatrique. Ces résultats s'inscrivent dans la première question de recherche en montrant comment certaines dimensions structurelles du système de santé, bien qu'indépendante de la durée d'attente elle-même, façonnent le vécu de cette période. Les verbatims décrivent des suivis préopératoires qui varient largement d'un centre à l'autre, un accès parfois restreint dans certaines régions et une offre de services qui diffère considérablement selon les établissements. Ces éléments renvoient à des caractéristiques organisationnelles et structurelles du parcours de soins, qui contribuent à rendre la trajectoire difficile à comprendre et à anticiper pour les personnes avec obésité sévère en attente de la chirurgie bariatrique. Bien que cette complexité suscite chez les participant.es des réactions émotionnelles, notamment un sentiment d'injustice ou une perte de confiance envers le système de santé, le présent thème s'intéresse avant tout aux aspects structurels de la trajectoire de soins qui alourdissent et compliquent le vécu de l'attente, chez des personnes avec obésité sévère déjà vulnérables. Plus précisément, ce thème se décline en trois sous-

thèmes : 1) suivis préopératoires inadéquats, 2) manque d'uniformité des services bariatriques selon les établissements et 3) incompréhension dans la priorisation des chirurgies bariatriques. Les paragraphes suivants examinent successivement chacun de ces aspects.

Sous-thème #1 – Suivis préopératoires inadéquats

Le premier sous-thème, « suivis préopératoires inadéquats », met en évidence la perception de difficultés liées à l'accès et à la continuité des soins bariatriques. Les verbatims issus des groupes focalisés (n=9) et des entrevues individuelles (n=2) font état de rencontres perçues trop brèves, superficielles ou peu utiles. Ainsi, il semble que l'accompagnement peu adapté aux besoins pourrait contribuer à un sentiment d'incertitude quant au déroulement du processus chirurgical, et ainsi rendre la période d'attente plus difficile à vivre pour certain.es participant.es. D'après les données recueillies par le questionnaire sociodémographique, cinq participant.es (n=5) aux entretiens de groupes focalisés n'ont reçu aucun suivi préopératoire durant la période d'attente de leur chirurgie bariatrique. D'autres participant.es lors de groupes focalisés (n=4) rapportent avoir bénéficié d'un suivi avec des membres de l'équipe multidisciplinaire, principalement avec la nutritionniste, durant la période d'attente précédant leur chirurgie bariatrique. La participante #5 lors de GF3 nuance ce vécu en soulignant la brièveté et le manque de profondeur de ces rencontres: « C'est sûr qu'au niveau nutrition, on a un petit suivi. Mais, c'est très court puis, ça ne va pas si en profondeur » (GD2, Participante #5, Lignes 466-467). De façon similaire, la participante

#7 ajoute : « J'ai eu un suivi de groupe avec la nutritionniste un soir. Puis, moi, je l'ai trouvé complètement inutile » (GF3, Participante #9, Lignes 570-571).

Ce résultat illustre une complexité dans l'accès aux soins bariatriques, liée à des suivis préopératoires perçus comme insuffisants. Tandis que certain.es bénéficient d'un accompagnement préopératoire plus soutenu, d'autres traversent la période d'attente avec peu, voire sans soutien.

Sous-thème #2 – Manque d'uniformité des services bariatriques selon les établissements

Le deuxième sous-thème, « manque d'uniformité des services bariatriques selon les établissements », souligne la variabilité des services et des parcours préopératoires selon les régions et les centres hospitaliers québécois. Cette variabilité, liée à l'organisation des services, semble indépendante de la durée d'attente et reflète plutôt la diversité des approches bariatriques selon les milieux cliniques. Bien que certain.es participant.es comparent leur parcours à ceux d'autres personnes, ces différences ne sont pas exprimées comme une source directe d'incertitude liée à l'attente de la chirurgie bariatrique. Elles sont plutôt interprétées comme des éléments structurels qui contribuent à la complexité de l'accès aux soins bariatriques. De son côté, le participant #3 dénonce l'absence de services spécialisés dans sa région administrative par rapport aux autres participant.es lors de GF1 : « Je suis dans l'Outaouais. C'est la seule région au Québec où ils ne font pas de chirurgie bariatrique » (GF1, Participant #3, Lignes 292-293). Ce point

est également souligné par la participante #5 au GF2 : « C'est vrai que c'est très, très différent, le processus chirurgical d'un centre à l'autre, il y en a qui ne demande rien, il y en a qui demande des choses » (GF2, Participante #5, Lignes 126-127). Quant aux entrevues individuelles (n=2), le participant #1 lors de EI1 illustre cette situation en affirmant que :

J'ai vérifié l'hôpital X pour savoir leur programme de la chirurgie bariatrique et voir ce qu'est la documentation de la chirurgie bariatrique chez eux par rapport de l'hôpital Y et c'était complètement différent. Ce n'est pas pantoute la même chose. (EI1, Participant #1, Lignes 482-485).

Bref, les témoignages des participant.es montrent qu'une offre de soins variable selon les régions limite leur pouvoir décisionnel durant la période d'attente et accentue la complexité de leur parcours de soins bariatriques, ce qui influence leur vécu de l'attente.

Sous-thème #3 – Incompréhension dans la priorisation de chirurgie bariatrique

Le troisième sous-thème met en évidence l'incompréhension, chez certain.es participant.es, des critères de priorisation des chirurgies bariatriques. Cette incompréhension ne constitue pas en soi une source directe d'incertitude quant à leur prise en charge, mais renvoie plutôt à une difficulté à saisir la logique du système de santé dans la gestion des priorités chirurgicales. Lors des groupes focalisés, trois participant.es (n=3) rapportent que, malgré la présence des conditions de santé importantes associées à leur obésité sévère, ils doivent patienter plus longtemps que d'autres personnes présentant moins de complications médicales. Voici le témoignage du participant #3 lors de GF1 à ce sujet :

J'ai rencontré une fille qu'on a le même médecin. Elle a eu une Sleeve [gastrectomie en manchon], et elle s'est fait opérer en janvier. Puis moi, je suis là, toujours en attente. [...], Il me semble que si moi j'ai plus de problèmes de santé, je devrais me passer avant elle. Mais, c'est un petit peu l'incompréhensible dans le sens que tu dis, ma santé est moins bonne, donc vous allez me faire attendre plus longtemps (GF1, Participant #3, Lignes 312-320).

En ce qui concerne les entrevues individuelles (n=2), seul le participant #1 lors de EI1 présente un point de vue similaire : « Bon, mon amie avec le même type de chirurgie que moi, a attendu un an et demi pour s'être opéré. Alors que pour moi, ça fait trois ans que j'attends encore. C'est incompréhensible » (EI1, Participant #1, Lignes 455-457). Ces propos mettent en évidence un manque de compréhension entre les critères administratifs de priorisation et la perception qu'ont les participant.es de la gravité de leur condition.

Dans l'ensemble, les trois sous-thèmes abordés, les suivis préopératoires inadéquats, le manque d'uniformité des services bariatriques selon les établissements et l'incompréhension des critères de priorisation des chirurgies, mettent en évidence des éléments structurels qui complexifient la trajectoire de soins pour les participant.es. Ces éléments sont perçus comme significatifs dans le parcours de soins et contribuent à alourdir le vécu de l'attente chez les personnes avec obésité sévère. Les thèmes précédents ont permis de décrire le vécu de l'attente et les difficultés rencontrées par les 11 participant.es au sein de leur trajectoire respective de soins bariatriques. La section suivante s'intéresse maintenant à la deuxième question de recherche, en explorant les

mécanismes d'adaptation mobilisés par les participant.es pour faire face à l'attente prolongée et à l'incertitude qui l'accompagne.

Thème VII – Soutien social

Ce septième thème « soutien social », en lien direct avec la deuxième question de recherche portant sur les mécanismes d'adaptation face à l'attente et à l'incertitude, met en évidence l'importance du soutien social. Les données recueillies lors des groupes focalisés (n=9) et des entrevues semi-dirigées (n=2) montrent que le recours au soutien social constitue une ressource essentielle pour traverser la période d'attente de la chirurgie bariatrique et atténuer l'impact de l'incertitude qui l'accompagne. Ce thème se décline en deux sous-thèmes : 1) appui des proches et pairs et 2) ressources issues des médias sociaux qui reflètent les principales formes de soutien mobilisées par les participant.es et qui seront détaillés dans les prochains paragraphes.

Sous-thème #1 – Appui des proches et pairs

Le sous-thème de « l'appui des proches et des pairs » met en lumière l'importance du soutien offert par la famille, les amis et les personnes ayant vécu un parcours similaire. Ces échanges apparaissent comme une manière de mieux comprendre la réalité de l'attente de la chirurgie bariatrique. Ainsi, la participante #4 (GF2) souligne : « J'ai quelques connaissances d'amis que je connais qui ont fait l'opération aussi. Ils m'en parlent beaucoup » (GF2, Participante #4, Lignes 180-182). Quant aux entrevues individuelles

(n=2), les deux participant.es, mentionnent avoir un réseau de soutien social d'amis pour s'adapter à l'attente de la chirurgie bariatrique et l'incertitude qui l'accompagne. Voici les propos du participant #1 (EI1) : « J'ai mes amis qui ont été opérés. Ils m'ont expliqué comment qu'on vit ça. Comment-ils sont rendu aujourd'hui » (EI1, Participant #1, Ligne 313). Ce type de partage illustre comment l'expérience vécue par des pairs devient une référence significative pour celles et ceux qui sont encore dans l'attente de la chirurgie bariatrique. Même si l'ampleur de cet appui varie d'une personne à l'autre, il demeure un élément marquant de leur vécu.

Sous-thème #2 – Ressources issues des médias sociaux

Le sous-thème des « ressources issues des médias sociaux » met en lumière l'importance des plateformes numériques dans la recherche de soutien et d'information par les participant.es. Les groupes de soutien en lien avec la chirurgie bariatrique sur les réseaux sociaux, notamment Facebook, sont mentionnés comme une source d'entraide, particulièrement pour obtenir de l'information. Voici les propos de la participante #9 lors de GF3 : « Je suis allée chercher de l'information sur des groupes Facebook » (GF3, Participante #9, Ligne 489). Toutefois, certain.es participant.es (n = 4) soulignent aussi les limites de ces réseaux, notamment la tendance à se comparer aux autres, vécues de manière ambivalente, comme en témoigne la participante #2 lors de GF1 : « Je me suis mise à être sur les fameux réseaux sociaux, pour le meilleur et pour le pire de ce que ça apporte, puisque tu commences à te comparer avec les autres » (GF1, Participante #2, Lignes 438–439).

Bref, la majorité des participant.es considèrent le soutien social comme un élément essentiel pour gérer l'incertitude liée à l'attente de la chirurgie bariatrique. Ce soutien social provient à la fois de proches et de groupes en ligne, offrant réconfort et informations, permettant ainsi de réduire l'incertitude. Cependant, les réseaux sociaux présentent des inconvénients, notamment en exacerbant les comparaisons avec les autres et les craintes liées à l'intervention bariatrique.

Thème VIII – Activités occupationnelles

Le thème des « activités occupationnelles » renvoie aux mécanismes d'adaptation mobilisés par certain.es participant.es pour faire face à la période d'attente et à l'incertitude qui l'accompagne. Les données recueillies lors des groupes focalisés (n=9) et des entrevues individuelles (n=2) montrent que le fait de s'engager dans des activités permet de remplir le temps de manière constructive et de détourner l'attention de la chirurgie bariatrique à venir. Deux formes principales émergent de leurs témoignages : 1) loisirs et 2) projets personnels.

Sous-thème #1- Loisirs

Lors de groupes focalisés, certain.es participant.es (n=4) rapportent avoir recours à des activités de loisirs, telles que la musique ou le yoga. Ces activités apparaissent comme des moyens de maintenir un rythme quotidien et de réduire la focalisation constante sur la chirurgie bariatrique. Le participant #3 (GF1) souligne : « J'essaie de me

garder occupé. J'ai toujours été quelqu'un qui avait un projet de rénovation ou j'ai un passe-temps de jouer de la musique avec des amis » (GF1, Participant #3, Lignes 646-649). Ces loisirs ne suppriment pas l'attente, mais semblent permettre de créer des moments de distraction et d'alléger la charge psychologique liée à l'attente.

Sous-thème #2- Projets personnels

Les projets personnels apparaissent comme une autre forme d'activités occupationnelles mobilisées par les participant.es pour traverser la période d'attente. Pour certain.es participant.es (n=4) lors des groupes focalisés, ces projets représentent une façon de donner un sens à la période d'attente tout en détournant l'attention de celle-ci. Voici les propos de la participante #6 lors de GF2 : « Je me suis lancée dans des projets personnels, c'est un peu comme si l'attente n'existait pas. Mes plans dans mes projets sont de me tenir très occupée pour ne pas y penser trop » (GF2, Participante #6, Lignes 373-377). Ces projets constituent une stratégie pour transformer une période perçue comme imposée et incertaine en un temps investi pour soi.

En somme, les activités occupationnelles, qu'il s'agisse de loisirs ou de projets personnels, apparaissent comme des mécanismes d'adaptation permettant aux participant.es de détourner temporairement leur attention de l'attente et de réduire l'impact de l'incertitude. Ces résultats soulignent que, combinées à d'autres stratégies, comme le soutien social, les activités occupationnelles contribuent à atténuer la charge psychologique de la période précédant la chirurgie bariatrique.

Thème IX– Exploration de solutions alternatives

Le neuvième et dernier thème, « exploration de solutions alternatives », renvoie aux mécanismes d'adaptation envisagés par certain.es participant.es pour atténuer les effets de l'attente prolongée de la chirurgie bariatrique. Lors des groupes focalisés, trois participant.es (n=3) ont exprimé avoir considéré d'autres options que le parcours public habituel, dans le but d'accéder plus rapidement à la chirurgie bariatrique. Deux solutions principales émergent de leurs propos : 1) recours au secteur privé et 2) considération de la chirurgie à l'étranger.

Sous-thème #1 – Recours au secteur privé

Le « recours au secteur privé » émerge comme l'une des alternatives envisagées par les participant.es face à la longueur de l'attente et à l'incertitude qui l'accompagne. Pour certain.es participant.es (n=2), la perspective d'être pris en charge plus rapidement dans le secteur privé pour leur chirurgie bariatrique constitue une alternative attirante. La rapidité d'accès et la réduction des délais d'attente sont mentionnées comme les principales motivations. Toutefois, les coûts élevés associés à cette option représentent un obstacle important à sa réalisation. Comme l'exprime la participante #1 lors de GF1 : « Je suis tellement découragée de l'attente que je me pose la question pour aller en secteur privé, mais je me rends compte que, entre autres, dans la partie privée, c'est 23 000 \$ pour se faire opérer » (GF1, Participante #1, Lignes 356-358). En somme, si le secteur privé apparaît comme une solution potentielle pour réduire l'incertitude et accélérer l'accès à la

chirurgie, les contraintes financières importantes en limitent l'accessibilité pour les participant.es.

Sous-thème #2 – Considération de la chirurgie à l'étranger

Le sous-thème de « la considération de la chirurgie à l'étranger » met en lumière que, bien que rarement mentionnée, cette option apparaît dans les propos d'une participante comme une alternative envisagée à l'attente prolongée de la chirurgie bariatrique. Pour cette participante, l'attente et l'incertitude entourant la chirurgie bariatrique étaient si difficiles à supporter qu'elle ait réfléchi à la possibilité de recourir à une intervention dans un autre pays. Cette option est perçue comme une solution potentiellement plus rapide que le système public québécois, mais elle suscite aussi des inquiétudes liées à la sécurité et aux risques de recevoir des soins loin de son milieu de vie. Comme la participante #4 lors de GF2 l'exprime : « Le système est tellement décourageant que moi-même, j'ai pensé déjà aller dans un autre pays, faire l'opération parce qu'ici tu attends, mais rien qui avance » (GF2, Participante #4, Lignes 168-170). Ainsi, même si cette considération demeure isolée, elle illustre l'ampleur du découragement provoqué par l'attente de la chirurgie bariatrique et met en évidence à quel point l'attente et l'incertitude y associée peuvent être vécues comme contraignantes, au point de pousser certain.es à envisager des parcours hors du système public.

Les résultats obtenus qui se dégagent des entretiens de groupe focalisé (n=9) et les entrevues individuelles (n=2) ont permis d'identifier neuf thèmes majeurs illustrant le

vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique, tel que rapporté par des participant.es avec obésité sévère dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Enfin, les résultats constitueront le point de départ de la section de discussion, où ils seront mis en relation avec les écrits antérieurs et avec les concepts des modèles de l'incertitude de Mishel (1988, 1990) et de l'adaptation de Roy (2009).

Somme toute, cette analyse des données dans le cadre de la présente étude qualitative descriptive a permis de répondre au but et aux deux questions de recherche. Cette recherche permettra de dégager des pistes théoriques et pratiques pour améliorer l'accompagnement des personnes avec obésité sévère en attente d'une chirurgie bariatrique. La prochaine et dernière section porte sur la discussion des résultats avec les études antérieures suivie des recommandations pour les cinq champs de la pratique infirmière, les forces et limites de l'étude pour terminer avec la conclusion générale.

Discussion

Cette cinquième et dernière section du mémoire présente la discussion des principaux résultats issus de cette étude qualitative descriptive, fondée sur le modèle de l'incertitude de Mishel (1988, 1990) et celui de l'adaptation de Roy (2009). Rappelons que cette étude qualitative avait pour objectif de décrire le vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique et l'incertitude associée chez les personnes avec obésité sévère, dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Elle visait également à identifier les mécanismes d'adaptation mobilisés face à l'attente et à l'incertitude. L'analyse thématique, inspirée de la méthode proposée par Miles et al. (2020), a été menée à partir des données recueillies auprès de 11 participant.es résidant au Québec. Neuf thèmes principaux émergent de l'analyse des données, soit : 1) antécédents de l'incertitude, 2) évaluation de l'incertitude, 3) état de santé physique détérioré, 4) état psychologique fragilisé, 5) limitations dans le fonctionnement des rôles sociaux, 6) complexité dans la trajectoire des soins et services, 7) soutien social, 8) activités occupationnelles et 9) exploration de solutions alternatives. Ensemble, ces thèmes mettent en lumière les dimensions centrales de l'étude, en exposant à la fois le vécu de l'incertitude liée aux délais d'attente de la chirurgie bariatrique et les mécanismes d'adaptation mis en place par les participant.es.

Cette section comporte trois volets. La première propose une discussion des résultats pour chacun des neuf thèmes, en lien avec les écrits scientifiques recensés et les

deux cadres de référence : modèles conceptuels de Mishel (1988,1990) et de Roy (2009) qui ont guidé chaque étape de l'étude qualitative descriptive. Le deuxième volet présente des recommandations issues des résultats, destinées aux cinq champs de la pratique infirmière : la clinique, la formation, la gestion, la recherche, et le sociopolitique. Pour terminer, le troisième et dernier volet de la présente section expose les limites et les forces de cette recherche.

Discussion des résultats de recherche

Thème I - Antécédents de l'incertitude

Ce premier thème explore les antécédents de l'incertitude vécue liée à l'attente de la chirurgie bariatrique par les participant.es dans le contexte de la pandémie de COVID-19. La majorité rapporte une attente de plus de trois ans, ce qui rejoint les études antérieures menées au Canada (Andalib et al., 2018 ; Anvari et al., 2018 ; Doumouras et al., 2020 ; Obésité Canada, 2019 ; Segall et al., 2020). Obésité Canada (2019) indique un délai moyen d'environ trois ans dès 2017, ce qui, selon nos participant.es, s'est considérablement allongé durant la pandémie de COVID-19. Ce constat est appuyé par plusieurs travaux récents (Abu-Omar et al., 2021 ; Laziridis et al., 2020 ; Singhal et al., 2021 ; Uimonen et al., 2021 ; Verhoeff et al., 2022 ; Waledziak et al., 2020). Par ailleurs, les 11 participant.es lors des entrevues individuelles et des groupes focalisés ont également décrit une perception d'allongement de la première phase d'attente, soit la période comprise entre la référence par le médecin de famille et la première rencontre avec l'équipe chirurgicale. Bien que cette phase d'attente soit encore peu documentée dans les

écrits scientifiques, Segall et al. (2020) indiquent que les systèmes canadiens de suivi des temps d'attente ne reconnaissent généralement pas cette période initiale, puisqu'ils commencent habituellement à comptabiliser le délai à partir de la consultation avec le chirurgien.

Deux sous-thèmes permettent de dégager le thème des antécédents de l'incertitude : le manque d'information sur le processus chirurgical et l'imprévisibilité de la date de l'intervention, tel qu'exprimé par les participant.es lors des entrevues semi-dirigées (n=2) et les groupes focalisés (n=9). Premièrement, plusieurs participant.es expriment une incertitude accrue liée à l'absence d'information claire sur les étapes du parcours préopératoire, les modalités de la chirurgie bariatrique et les attentes postopératoires. Ce constat s'inscrit dans la perspective du modèle d'incertitude de Mishel (1988, 1990), selon lequel l'incertitude naît lorsque les individus manquent d'indices cohérents ou suffisants pour interpréter leur situation. Cette lacune informationnelle alimente un climat de confusion et de doute, limitant la capacité des personnes avec obésité sévère à se projeter dans leur trajectoire de soins. Les résultats de la présente étude rejoignent ceux de l'étude de Fuson et al. (2025), menée auprès de personnes atteintes d'insuffisance hépatique terminale, en montrant que le manque d'information claire et cohérente sur le parcours de soins constitue une source centrale d'incertitude, limitant la capacité des personnes à interpréter leur situation et à se projeter dans l'avenir. De façon similaire, ils concordent également avec ceux de Gregory et al. (2013), une étude qualitative datant de 12 ans mais toujours pertinente, qui a montré que les personnes avec obésité sévère en attente de la

chirurgie bariatrique souhaitent obtenir davantage d'information sur le déroulement de l'intervention et les soutiens disponibles. D'après nos participant.es, cette incertitude s'est trouvée amplifiée durant la pandémie de COVID-19, comme le montrent les résultats de Ahmed et al. (2021) que l'absence de soutien structuré et de mise à jour pendant l'interruption des services durant la pandémie a renforcé le sentiment d'incertitude chez les personnes avec obésité sévère en attente de chirurgie bariatrique.

Deuxièmement, l'imprévisibilité de la date de chirurgie constitue une autre source majeure d'incertitude chez les personnes avec obésité sévère en attente de chirurgie bariatrique dans le contexte de la pandémie de COVID-19. En effet, l'incapacité à obtenir un échéancier précis les empêche d'anticiper les changements dans leur vie quotidienne, ce qui entraîne un sentiment de désorganisation et de perte de contrôle. Ces résultats concordent également avec ceux de Fuson et al. (2025) concernant l'imprévisibilité du parcours de soins, laquelle est décrite comme un élément clé de l'incertitude selon le modèle de Mishel (1988), contribuant ainsi à un sentiment de perte de contrôle et à une détresse psychologique accrue.

Dans l'ensemble, il appert que le manque d'information claire et l'imprévisibilité de la date de l'intervention créent un environnement instable pour les participant.es. Ces éléments limitent leur capacité à se préparer mentalement, à organiser leur vie quotidienne et à mobiliser des mécanismes d'adaptation efficaces face à l'attente de la chirurgie

bariatrique, comme le propose le modèle de Mishel (1988, 1990). Le thème suivant discute de l'évaluation de l'incertitude par les participant.es de cette étude.

Thème II - Évaluation de l'incertitude

Ce second thème porte sur l'évaluation de l'incertitude par les participant.es, laquelle émerge de deux sous-thèmes : la menace et l'opportunité, selon l'interprétation qu'ils en font. Dans notre étude qualitative descriptive, l'incertitude liée à l'attente prolongée de la chirurgie bariatrique est majoritairement perçue comme une menace, s'inscrivant dans un vécu marqué par une perte de contrôle. Cette perception se manifeste par des sentiments d'insatisfaction, de frustration et par la difficulté à attribuer un sens positif à la période d'attente, ce qui contribue à assombrir l'ensemble du vécu préopératoire. Ces résultats rejoignent ceux de l'étude qualitative de Fuson et al. (2025), menée auprès de personnes atteintes d'insuffisance hépatique terminale, qui montrent que lorsque l'incertitude est perçue comme menaçante, elles expriment de l'ambivalence entre des tentatives de reprendre le contrôle et des réactions marquées par la détresse face à l'imprévisibilité du parcours de soins. De plus, nos résultats sont cohérents avec ceux de Gregory et al. (2013), qui décrivent une perte graduelle de motivation et d'engagement à mesure que l'attente s'allonge, illustrant un vécu marqué par le découragement et la perception d'une perte de maîtrise. Ensemble, ces éléments suggèrent que la démobilisation observée chez plusieurs participant.es traduit une évaluation de l'incertitude comme menace, caractérisée par une appréhension du futur et un besoin marqué de prévisibilité. Cependant, certain.es participant.es adoptent une posture

différente et perçoivent cette même incertitude comme une opportunité. Pour eux, la période d'attente devient un moment de réflexion, de réorganisation personnelle ou d'ajustement des habitudes de vie en vue d'optimiser leur santé avant la chirurgie. Cette interprétation, bien que minoritaire, mais présente, témoigne d'une capacité à transformer une situation incertaine en espace de préparation et de croissance. Ces résultats qui identifient une dualité dans notre étude s'inscrivent directement dans le modèle de l'incertitude de Mishel (1988, 1990). D'après cette théoricienne, l'incertitude peut être interprétée comme une menace ou une opportunité, et cette évaluation influence de manière déterminante les réponses émotionnelles et adaptatives des personnes qui la vivent. D'après Mishel (1988, 1990), lorsque l'incertitude est perçue comme une menace, les personnes adoptent une stratégie plus déterministe axée sur la stabilité et le contrôle. Qui plus est, l'absence de repères et de l'imprévisibilité renforcent le sentiment de vulnérabilité, ce qui correspond aux réactions de détresse et de découragement qui se dégagent chez la majorité de nos participant.es lors des entrevues rejoignant ainsi le modèle de Mishel (1988,1990). À l'inverse, lorsque l'incertitude est envisagée comme une opportunité, elle ouvre la voie à une approche plus flexible, dite probabiliste selon Mishel (1990), qui favorise la réinterprétation du vécu de la personne et la mise en place de nouvelles stratégies adaptatives. Ainsi, les résultats (réactions divergentes) de nos participant.es illustrent pleinement la dualité conceptuelle de l'incertitude décrite par Mishel (1990) voulant qu'une même situation peut générer une perception de menace ou, pour certains, devenir un levier de transformation chez la personne avec obésité sévère en attente d'une chirurgie bariatrique. Dans le contexte de l'attente de la chirurgie bariatrique,

cette dualité éclaire la diversité des vécus et montre comment les personnes tentent, chacune à leur manière, de composer avec l'imprévisibilité de leur trajectoire de soins.

Le prochain thème discute du mode physiologique, un élément du processus d'adaptation représentant l'impact de l'attente sur l'état de santé de la personne.

Thème III – État de santé physique détérioré

Ce troisième thème met en lumière l'état de santé physique qui se détériore engendré par l'attente prolongée de la chirurgie bariatrique et de l'incertitude y associée. Les témoignages des participant.es issus des résultats révèlent une dégradation notable de leur état de santé physique manifestée par une fatigue intense, des douleurs musculosquelettiques accrues et les conditions de santé (physique et psychologique) exacerbées, qui nuisent à leurs activités quotidiennes. Ce résultat concorde avec ceux des études précédentes (Moreno et al., 2020 ; Sommer et al., 2021), qui documentent les effets néfastes d'une attente prolongée pour la chirurgie bariatrique. Les auteurs de ces recherches notent que ce délai d'attente restreint la mobilité des personnes avec obésité sévère, ce qui accentue les douleurs articulaires et la fatigue, limitant encore leur capacité de mouvement et aggravant les conditions physiques (Moreno et al., 2020 ; Sommer et al., 2021). Les résultats de notre étude rejoignent ainsi ceux des études quantitatives recensées portant sur les effets de l'attente de la chirurgie bariatrique, en particulier durant la pandémie de COVID-19. Ces études recensées décrivent non seulement les manifestations physiques, telles que la fatigue et des douleurs musculosquelettiques, mais

aussi une augmentation de poids et une diminution de l'activité physique (Ahmed et al., 2021 ; Beisani et al., 2021; Glazer et al., 2022 ; Magliah et al., 2022 ; Naran et al., 2021). En outre, les participant.es de notre étude présentant des conditions de santé signalent une dégradation notable de leur état de santé physique durant l'attente de la chirurgie bariatrique. Certains évoquent de nouveaux diagnostics établis pendant cette période, tandis que d'autres constatent une exacerbation de problèmes de santé déjà présents. Bien que ce vécu relève de la perception de l'attente, il correspond aux dimensions décrites dans le modèle d'adaptation de Roy (2009). En effet, nos résultats de l'étude qualitative descriptive montrent que l'accentuation des douleurs, de la fatigue et la dégradation des conditions de santé perturbent l'équilibre physiologique de nos participant.es. Ces manifestations décrites précédemment agissent comme des stimuli qui activent un processus d'adaptation visant à rétablir cet équilibre physiologique, tel qu'identifié dans le modèle d'adaptation de Roy (2009). Le thème suivant explore l'état psychologique des participant.es pendant l'attente de la chirurgie bariatrique.

Thème IV - État psychologique fragilisé

Ce quatrième thème, intitulé état psychologique fragilisé, met en lumière les impacts psychologiques de l'attente de chirurgie bariatrique et de l'incertitude vécue par les participant.es de cette étude. Ce thème émerge des sous-thèmes : les émotions négatives, le stress amplifié et la peur du jugement lié au poids. Les témoignages de nos participant.es indiquent que l'incertitude entourant la date de la chirurgie bariatrique et le manque d'informations sur le processus suscitent anxiété et frustration, accentuant la

détresse psychologique des participant.es. Ces résultats concordent avec plusieurs études antérieures portant sur l'attente de la chirurgie bariatrique. En effet, nos résultats qui mettent en évidence une détresse émotionnelle marquée, rejoignent ceux de Gregory et al. (2013), lesquels rapportent que l'allongement de l'attente est associé à une détérioration du bien-être psychologique. De façon similaire, l'incertitude entourant la date de la chirurgie bariatrique et les retards successifs, décrits par les participant.es de notre étude comme sources de stress et de perte de contrôle, font écho aux résultats de Moreno et al. (2020), qui soulignent une augmentation du stress, du sentiment d'impuissance et de l'insécurité psychologique chez les personnes avec obésité sévère en attente de la chirurgie bariatrique. Dans le contexte particulier de la pandémie de la COVID-19, nos résultats s'inscrivent également dans la lignée des travaux de Sommer et al. (2021), lesquels montrent que l'annulation des chirurgies électives et l'absence de repères temporels contribuent à une intensification de l'anxiété. Enfin, nos résultats rejoignent également ceux de l'étude de Vanderhout et al. (2025), bien que menée dans un autre domaine chirurgical, qui montrent que les personnes en attente d'une intervention Oto-Rhino-Laryngologique (ORL) vivent une détresse psychologique semblable, marquée par l'inquiétude, la frustration et un profond sentiment de perte de contrôle. Dans nos résultats, la peur du jugement lié au poids s'inscrit dans un état psychologique fragilisé et peut exister indépendamment de l'attente ou de l'incertitude entourant la chirurgie bariatrique. Les participant.es la décrivent comme un vécu intérieur les fragilisant, pouvant affecter l'estime de soi et le sentiment de sécurité émotionnelle, et rapportent que la période d'attente tend à en accentuer l'intensité. Ces résultats concordent avec plusieurs études

scientifiques récentes sur la peur de jugement liée au poids, qui montre que cette peur est associée à une augmentation de l'anxiété, de la détresse psychologique et du repli social (Jones & Abdelfattah, 2022 ; Huang et al., 2024 ; Mihaileanu et al., 2025). Ainsi, les impacts psychologiques décrits par les participant.es reflètent une mise à l'épreuve du mode d'adaptation du concept de soi, tel que décrit par Roy (2009). Dans le vécu de nos participant.es, l'attente prolongée et l'incertitude viennent limiter la capacité à maintenir un équilibre émotionnel stable. Ces réactions illustrent la manière dont l'attente chirurgicale agit comme un stimulus perturbateur au sens de Roy (2009), nécessitant une adaptation constante pour préserver l'intégrité psychologique dans un contexte hautement imprévisible. Le volet suivant aborde les limitations du fonctionnement des rôles sociaux durant l'attente de la chirurgie bariatrique.

Thème V – Limitation dans le fonctionnement de rôles sociaux

Ce cinquième thème met en évidence les limitations dans le fonctionnement des rôles sociaux chez les personnes avec obésité sévère en attente d'une chirurgie bariatrique. Ce thème rejoint le modèle d'adaptation de Roy (2009) indiquant que ces limitations peuvent être perçues comme une perturbation du mode de fonctionnement de rôle pouvant nuire à la capacité d'assumer ses responsabilités sociales, familiales et communautaires. Bien que ces limitations ne soient pas directement causées par l'attente de la chirurgie bariatrique, elles résultent de facteurs intrinsèques (obésité sévère) et extrinsèques (pandémie de COVID-19). Prolongées et accentuées par la période d'attente, ces limitations dans le fonctionnement des rôles sociaux influencent de manière significative

le processus d'adaptation. Plusieurs de nos participant.es expriment se sentir restreint.es dans leurs activités familiales, sociales et communautaires. Les limitations physiques, telles que la fatigue, les douleurs ou les difficultés de se mobiliser, réduisent leur accès aux lieux publics, aux loisirs et aux activités sociales, ce qui fragilise leur capacité à assumer leurs responsabilités quotidiennes et à maintenir des interactions essentielles à leur équilibre social et émotionnel. À ces contraintes s'ajoute la peur du jugement lié au poids, qui contribue à l'évitement des espaces sociaux et à un retrait progressif de la vie sociale. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Berkessel et al. (2024) qui concluent que les personnes avec obésité subissent davantage de l'exclusion sociale ainsi qu'un sentiment de retrait des activités sociales.

Le confinement obligatoire lié à la COVID-19, survenu durant la période d'attente, a également été rapporté par nos participant.es lors des entretiens comme un facteur contextuel ayant limité l'exercice de leurs rôles sociaux et familiaux. En effet, il s'avère que les restrictions sanitaires ont réduit les interactions sociales et interrompu certaines activités physiques, ce qui a contribué à fragiliser davantage leur fonctionnement social. Ces résultats rejoignent ceux de plusieurs travaux portant sur des personnes en attente de soins, lesquels montrent que les mesures sanitaires ont limité leur participation sociale et accentué les difficultés à maintenir une préparation préopératoire adéquate (Beisani et al., 2021 ; Biancardi et al., 2020 ; Naran et al., 2021). À l'inverse, les résultats de notre étude ne concordent pas avec ceux d'Albert et al. (2021), qui rapportent que le confinement n'a pas eu d'effet négatif sur l'état de santé physique des personnes avec obésité sévère en

attente de chirurgie bariatrique durant la pandémie de COVID-19. Ces auteurs (Albert et al., 2021) suggèrent plutôt que l'isolement aurait pu atténuer le stress social lié à l'obésité dans leur population, ce qui contraste avec le vécu décrit par nos participant.es.

À la lumière du modèle d'adaptation de Roy (2009), les difficultés rapportées par les participant.es de la présente recherche témoignent d'une perturbation du mode du fonctionnement de rôle, lequel renvoie à la capacité de maintenir ses responsabilités sociales, familiales et communautaires en fonction des attentes de son entourage. Dans notre étude, les limitations physiques liées à l'obésité sévère combinées à la peur du jugement et au retrait social constituent autant de stimuli perturbateurs qui entravent l'exercice de ces rôles. Les résultats obtenus de notre étude mettent en évidence que cette combinaison de facteurs fragilise le processus d'adaptation en réduisant la participation sociale et l'accès aux ressources relationnelles qui soutiennent habituellement l'équilibre psychosocial des personnes en attente d'une chirurgie bariatrique (Berkessel et al., 2024 ; Beisani et al., 2021). Le thème suivant traite de la complexité perçue de la trajectoire des soins et services bariatriques.

Thème VI- Complexité dans la trajectoire des soins et services

Ce sixième thème met en lumière la complexité décrite par les participant.es dans leur trajectoire de soins et services bariatriques. Cette complexité se décline en trois sous-thèmes : des suivis préopératoires jugés inadéquats, un manque d'uniformité entre les établissements et une incompréhension face à la priorisation des chirurgies. Bien que ces

éléments soient structurels et indépendants de la durée d'attente, ils influencent profondément le vécu de cette période et le rapport des personnes avec obésité sévère au système de santé et accentuent le sentiment de l'incertitude. Plusieurs de nos participant.es ont décrit les suivis préopératoires comme insuffisants, superficiels ou parfois inexistantes. Pour eux, ces lacunes ne constituaient pas seulement un manque d'information, mais reflétaient plus largement la complexité de la trajectoire de soins, rendant le parcours difficile à comprendre. Cette absence de repères cohérents a alimenté leur sentiment d'incertitude face au processus chirurgical. Des constats similaires ont été rapportés dans d'autres études (Andalib et al., 2018 ; Mendes et al., 2023), concernant le fait que le manque de continuité et de clarté dans les suivis préopératoires suscite de l'incertitude chez les personnes en attente de chirurgie. L'absence d'accompagnement régulier ou de ressources disponibles pour répondre à leurs questions accentue le manque d'information sur le déroulement de la chirurgie, un élément central de l'incertitude, selon Mishel (1988, 1990). Nos résultats révèlent une importante variabilité dans les services offerts d'un centre à l'autre et d'une région à l'autre au Québec, ce qui reflète la complexité de l'organisation des soins bariatriques telle que vécue par les participant.es. Cette hétérogénéité dans l'offre et dans les exigences préopératoires limite leur capacité à se projeter dans leur trajectoire de soins et à anticiper les étapes à venir. Ce résultat rejoint ceux de Andalib et al. (2018), qui soulignent qu'une offre inégale limite l'accès à la chirurgie bariatrique au Québec, ainsi qu'Anvari et al. (2018), dont les plus récents travaux en Ontario, indiquent qu'un modèle centralisé favorise un accès plus équitable aux soins bariatriques. Ces derniers confirment que l'hétérogénéité des structures de soins

complexifie la trajectoire et influence directement le vécu des personnes avec obésité sévère en attente de chirurgie bariatrique (Anvari et al., 2018). De plus, nos résultats rejoignent ceux de la revue systématique de Mendes et al. (2023) qui met en évidence la continuité et la coordination des soins. D'après Mendes et al. (2023) la clarté des informations offertes aux patients, joue un rôle central dans la réduction de l'incertitude, le renforcement de l'autonomie et le soutien à l'ajustement au traitement. De surcroît, nos résultats révèlent une incompréhension fréquente des critères de priorisation des chirurgies. Plusieurs participant.es lors des entrevues soutiennent la présence d'une incohérence entre la gravité de leur condition et leur position sur la liste d'attente, ce qui érode la confiance envers le système qui est complexe, selon eux. Ce constat rejoint les études canadiennes (Anvari et al., 2018 ; Doumouras et al., 2020 ; Gregory et al., 2013) et à l'échelle mondiale (Abu-Omar et al., 2021 ; Ahmed et al., 2021) qui rapportent des résultats similaires. En effet, ces études montrent que le manque de transparence dans la gestion des listes d'attente constitue l'une des manifestations de la complexité de la trajectoire de soins. Ce manque de clarté, tel que rapporté dans ces études, est perçu comme une injustice par les personnes avec obésité sévère et crée un décalage entre la logique administrative et leur propre compréhension du processus (Anvari et al., 2018 ; Doumouras et al., 2020 ; Gregory et al., 2013). Elle contribue ainsi à leur incertitude et renforce un sentiment d'impuissance face à une trajectoire qu'ils peinent à saisir et à anticiper.

Prenant appui sur le modèle d'adaptation de Roy (2009), les résultats qui se dégagent dans la présente étude permettent d'explorer en profondeur le vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique à travers le mode d'interdépendance. Les suivis perçus comme insuffisants, l'hétérogénéité des services et le manque de clarté des critères de priorisation fragilisent les relations de soutien entre les personnes avec obésité sévère en attente de la chirurgie bariatrique et leur environnement, incluant le système de santé. Ce mode d'adaptation renvoie à la qualité des relations de réciprocité et de soutien, lesquelles jouent un rôle central dans le vécu de l'attente. Lorsque ces relations sont compromises, les 11 participant.es rapportent, durant les échanges au sein des groupes focalisés et des entrevues individuelles, la présence d'une augmentation de la vulnérabilité psychologique et sociale face à l'incertitude.

Les volets suivants abordent la discussion portant sur les résultats obtenus de la présente recherche en lien avec la deuxième question de recherche sur les mécanismes d'adaptation développés par les participant.es face à l'incertitude et à l'attente de la chirurgie bariatrique dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Thème VII – Soutien social

Ce septième thème, en lien direct avec la deuxième question de recherche portant sur les mécanismes d'adaptation face à l'attente et à l'incertitude, met en évidence le rôle central du soutien social dans le vécu de l'attente de chirurgie bariatrique. Ce thème comprend deux sous-thèmes, soit l'appui des proches et des pairs, ainsi que les ressources

issues des médias sociaux. Les résultats de notre étude montrent que le soutien social constitue une ressource essentielle pour aider les personnes avec obésité sévère à composer avec l'incertitude associée à l'attente de la chirurgie bariatrique. À cet égard, nos résultats rejoignent ceux des travaux de Keyte et al. (2024), menés auprès de personnes en attente d'une chirurgie bariatrique, sur l'importance du besoin de soutien émotionnel en phase préopératoire. Bien que le soutien social ne constitue pas le cœur de leur analyse, ces auteurs soulignent un sentiment de manque de soutien psychologique et un besoin marqué d'échanges avec des pairs, des éléments ayant également émergés dans notre étude. Nos résultats sont cohérents avec ceux de Majstorovic et al. (2025), qui montrent également que l'influence des proches, des pairs et des médias sociaux, joue un rôle central dans la trajectoire préopératoire bariatrique, pouvant soutenir ou complexifier le vécu de l'attente chez les personnes avec obésité sévère vivant l'attente d'une chirurgie bariatrique. Par ailleurs, nos résultats indiquent que les médias sociaux constituent un mécanisme d'adaptation ambivalent dans la gestion de l'incertitude associée à l'attente de chirurgie bariatrique chez les personnes avec obésité sévère. Pour certain.es participant.es, ces plateformes offrent un espace d'échange, de partage d'expériences et de validation émotionnelles, contribuant à atténuer le sentiment d'isolement et à donner un sens à l'attente de la chirurgie bariatrique. Cette forme de soutien et d'expression du vécu rejoint les constats de Kvaale et al. (2022) qui décrivent les médias sociaux comme des lieux permettant de composer avec l'incertitude existentielle liée à la maladie, bien que dans un contexte autre que la chirurgie bariatrique.

Toutefois, il importe de souligner que nos résultats mettent en évidence que l'exposition à des témoignages négatifs ou à des informations contradictoires peut également accentuer l'incertitude et générer de l'anxiété chez les personnes en attente de chirurgie bariatrique. Ce constat fait écho aux travaux de Schück et al. (2024) qui affirment que, lorsque les besoins informationnels ne sont pas adéquatement comblés par le système de santé, le recours à des sources alternatives devient plus fréquent. Dans ce contexte, ce recours peut entraîner une surcharge informationnelle et risquer de fragiliser le vécu d'attente chez les personnes souffrant d'obésité sévère, même dans des contextes de soins différents.

Prenant appui sur le modèle d'adaptation de Roy (2009), nos résultats indiquent que le recours au soutien de la famille, des amis et aux ressources issues des réseaux sociaux constitue un mécanisme d'adaptation mobilisé par les participant.es pour faire face à l'incertitude liée à l'attente d'une chirurgie bariatrique. Ces mécanismes d'adaptation contribuent à réguler les émotions et à mieux tolérer les stimuli liés à l'attente, tout en illustrant le caractère dynamique des processus d'adaptation, puisque ce soutien peut également, lorsqu'il est perçu comme insuffisant ou anxiogène, accentuer l'incertitude. Le thème suivant discute les activités occupationnelles étant un mécanisme d'adaptation employé par les participant.es de notre étude face à l'attente de la chirurgie bariatrique.

Thème VIII – Activités occupationnelles

Ce huitième thème illustré par les participant.es, l'importance de s'engager dans des activités occupationnelles en contexte de l'attente de la chirurgie bariatrique. Ce thème émane de deux sous-thèmes soit : les loisirs et les projets personnels. Les résultats issus de notre étude qualitative descriptive montrent que s'investir dans des loisirs ou dans des projets personnels aide à structurer le quotidien, à maintenir une continuité dans les habitudes de vie et à détourner l'attention des préoccupations liées à la future chirurgie bariatrique. Ces activités occupationnelles offrent un moyen de se réapproprier le temps d'attente, souvent perçu comme passif, en le transformant en période d'action et de valorisation personnelle. Les études existantes portant sur l'attente de la chirurgie bariatrique mettent principalement le poids psychologique et les répercussions physiques et sociales de l'attente, mais elles s'attardent peu sur les stratégies mises en œuvre par les personnes avec obésité sévère pour y faire face au quotidien. À cet égard, notre étude ajoute une perspective complémentaire en explorant les stratégies concrètes mises en œuvre pour faire face à cette période, notamment l'engagement dans des activités occupationnelles qui donnent sens et structure au temps d'attente. Les résultats de notre étude font écho à ceux de l'étude de Skojec et al. (2024), qui montrent que l'engagement dans des stratégies d'adaptation actives et orientées vers un but permet de mieux composer avec l'incertitude associée à la maladie chronique. Dans notre étude, les activités occupationnelles, telles que la pratique de la musique ou la réalisation de projets personnels, apparaissent comme des moyens concrets de distraction et de régulation émotionnelle, permettant de détourner l'attention de l'attente et de l'incertitude liée à la

chirurgie bariatrique. Enfin, Ces résultats rejoignent également le modèle d'adaptation de Roy (2009), selon lequel l'engagement dans des actions orientées vers un but constitue une réponse adaptative permettant à la personne de préserver son intégrité et de maintenir un équilibre psychologique face à un stimulus déstabilisant. Dans le contexte de l'obésité sévère et de l'attente prolongée de la chirurgie bariatrique durant la pandémie de COVID-19, l'engagement dans des activités occupationnelles apparaît ainsi comme un mécanisme d'adaptation favorisant l'ajustement à l'incertitude. Le volet suivant aborde un autre mécanisme d'adaptation face à l'attente de chirurgie bariatrique, soit l'exploration de soutien alternative décrit par les participant.es de notre étude qualitative descriptive.

Thème IX – Exploration de solutions alternatives

Ce neuvième et dernier thème illustre une forme particulière d'adaptation face à l'incertitude liée à l'attente de la chirurgie bariatrique, soit la recherche de solutions alternatives pour réduire les délais d'attente. Dans ce contexte, nos résultats montrent que, lorsque l'attente est jugée trop longue et imprévisible, certain.es participant.es envisagent des stratégies alternatives, soit le recours au secteur privé ou la réalisation de la chirurgie à l'étranger. Ces deux sous-thèmes traduisent une tentative de reprendre un certain contrôle sur leur trajectoire de soins et de composer avec l'incertitude associée à l'attente. Nos résultats rejoignent ceux rapportés par les écrits scientifiques, qui montrent que le recours à la chirurgie bariatrique à l'étranger ou au secteur privé est principalement motivé par les délais d'attente prolongés, les critères d'accès restrictifs et la recherche d'une intervention perçue comme plus rapide et accessible (Anvari et al., 2018 ; Zuberi et al.,

2024). Toutefois, ces choix comportent des inconvénients importants, notamment des risques accrus liés à l'absence de continuité du suivi postopératoire ainsi que des coûts financiers et logistiques significatifs, pouvant transférer la charge des complications vers le système de santé du pays d'origine (Anvari et al., 2018 ; Zuberi et al., 2024). Ces contraintes (absence de suivi postopératoire continu, risques de complications et coûts financiers et logistiques) montrent que ces options ne constituent ni une solution accessible à l'ensemble des personnes avec obésité sévère en attente de chirurgie bariatrique ni une alternative satisfaisante à l'attente prolongée d'une chirurgie bariatrique, et qu'elles peuvent, au contraire, générer une charge de stress supplémentaire. Dans notre étude qualitative descriptive, ces solutions alternatives ne sont pas nécessairement mises en œuvre, mais elles ont été évoquées par les 11 participant.es, probablement en lien avec ces contraintes. Ce fait illustre un processus d'adaptation orienté vers la recherche d'autonomie dans un contexte perçu comme contraignant. En effet, selon le modèle d'adaptation de Roy (2009), cette démarche correspond à une tentative de rétablir l'équilibre face à un stimulus externe (les délais d'attente) en mobilisant des moyens d'action personnels. L'émergence de ce neuvième et dernier thème met donc en lumière une dimension encore peu explorée, à notre connaissance dans les écrits scientifiques, du vécu de l'attente : la capacité des personnes à envisager des parcours alternatifs pour reprendre du pouvoir d'agir face à une situation marquée par la lenteur et le manque de clarté du système.

Somme toute, l'analyse thématique (Miles et al., 2020) menant à l'obtention de ces neuf thèmes met en évidence que l'attente de la chirurgie bariatrique constitue un vécu complexe, marqué à la fois par des répercussions physiques et psychologiques ainsi que par un climat d'incertitude qui influence la qualité de vie des personnes avec une obésité sévère. Les résultats de la présente recherche montrent que l'attente et l'incertitude qui l'accompagnent agissent comme des stimuli majeurs, mobilisant divers mécanismes d'adaptation. L'ensemble de ces mécanismes, qu'ils reposent sur l'action individuelle, les relations interpersonnelles ou la recherche de solutions au sein du système de soins, illustre la manière dont les participant.es tentent de préserver leur équilibre face à une attente prolongée et imprévisible de la chirurgie bariatrique. Les résultats ont été discutés à la lumière des cadres conceptuels de Mishel (1988, 1990) et de Roy (2009), utilisés dans cette étude qualitative descriptive. Ils permettent de mieux répondre aux buts et aux questions de recherche visant à décrire le vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique chez les personnes avec obésité sévère dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Enfin, les mécanismes d'adaptation utilisés par les personnes souffrant d'obésité sévère en attente de chirurgie bariatrique dans le contexte de la pandémie de COVID-19 au Québec ouvrent la voie à des recommandations dans les cinq champs de la pratique infirmière.

Recommandation dans les cinq champs de la pratique infirmière

En s'appuyant sur les résultats, cette étude qualitative descriptive propose des recommandations destinées à soutenir la pratique infirmière auprès des personnes avec obésité sévère en attente de chirurgie bariatrique. Elles s'articulent autour de cinq champs

complémentaires, clinique, éducation, gestion, sociopolitique et recherche, qui, ensemble, permettent d’agir sur les dimensions individuelles, organisationnelles et structurelles du parcours bariatrique chez les personnes avec obésité sévère en attente de chirurgie bariatrique dans le contexte de COVID-19.

Clinique

Sur le plan clinique, les résultats de cette étude soulignent la nécessité de reconnaître la période d’attente comme une phase de soins à part entière du parcours bariatrique. Les infirmières occupent une position stratégique pour accompagner les personnes avec obésité sévère durant cette période, caractérisée par l’incertitude et la vulnérabilité psychologique. Les résultats de cette étude appuient la pertinence d’instaurer un suivi clinique infirmier régulier et structuré pour les personnes avec obésité sévère tout au long de l’attente de chirurgie bariatrique, afin de répondre à leurs besoins en matière d’information, de soutien émotionnel et d’accompagnement clinique. Ce suivi clinique auprès de ces personnes pourrait inclure des rencontres d’évaluation axées sur l’état de santé physique et psychologique, ainsi qu’un espace d’écoute pour identifier les signes de détresse et renforcer les stratégies d’adaptation. Par ailleurs, les infirmières pourraient encourager et valoriser les stratégies adaptatives, telles que l’engagement dans des activités occupationnelles, la recherche de soutien social et la participation à des groupes d’entraide. Une approche clinique centrée sur la personne et fondée sur la relation de confiance favoriserait ainsi un sentiment de contrôle et de sécurité face à l’incertitude. Cette approche est également soutenue par Sundaresan (2024) qui souligne l’importance

du rôle clinique des infirmières dans l'accompagnement psychosocial, l'éducation et le soutien à l'adaptation des personnes avec obésité sévère en contexte de chirurgie bariatrique. En intégrant ces pratiques dans le suivi préopératoire, l'étudiante-chercheuse croit que l'intervention infirmière pourrait contribuer à améliorer la qualité de vie et la préparation psychologique des personnes en attente de la chirurgie bariatrique. Toutefois, la mise en œuvre de telles interventions nécessite de tenir compte des contraintes organisationnelles, des ressources humaines disponibles ainsi que des coûts et des enjeux logistiques associés à l'intégration de ces pratiques dans le suivi préopératoire.

Formation

En ce qui concerne la formation des infirmières, les résultats obtenus de la présente étude qualitative descriptive mettent en lumière la pertinence d'intégrer les notions d'attente prolongée, d'incertitude et de mécanismes d'adaptation dans les programmes de formation initiale et continue en sciences infirmières. D'ailleurs, soulignons que la pandémie de COVID-19 a amplifié ces réalités, révélant de nouvelles vulnérabilités, telles que l'isolement social, la détresse psychologique (Naran et al., 2021), qui influencent la capacité des personnes avec obésité sévère à composer avec des périodes d'attente prolongée d'une chirurgie bariatrique. Prenant appui sur les résultats, il s'avère pertinent que la formation infirmière aborde ces dimensions de manière explicite, en mettant l'accent sur la reconnaissance des signes d'incertitude et sur les interventions favorisant le soutien psychologique contribuant à l'adaptation et la continuité du lien thérapeutique dans un contexte d'attente de la chirurgie bariatrique. D'ailleurs différents types de

formation peuvent être offerts en utilisant les résultats de notre recherche sous forme de webinaires, pour renforcer les compétences cliniques et relationnelles des infirmières appelées à accompagner et prodiguer des soins et services auprès de cette population. À cet égard, l'élaboration de programmes d'enseignement harmonisés à l'échelle provinciale, par exemple à partir de recommandations de l'INESSS, pourrait favoriser une information cohérente et de qualité, tout en soutenant les infirmières dans l'exercice de leur rôle éducatif auprès des personnes avec obésité sévère. Les résultats suggèrent également l'intérêt de développer des interventions éducatives destinées aux personnes avec obésité sévère (Groller et al., 2025), afin de les soutenir dans la gestion de l'attente et de l'incertitude de chirurgie bariatrique, par exemple en les aidant à mieux comprendre le parcours de soins et à mobiliser des stratégies d'adaptation favorables. En s'appuyant sur les résultats de cette étude, la formation offerte aux infirmières ainsi qu'aux autres types de professionnels de la santé pourrait ainsi contribuer à les préparer à maintenir un lien thérapeutique soutenant et à accompagner plus efficacement les personnes confrontées à des périodes prolongées d'attente chirurgicale.

Gestion

Au niveau de la gestion, les résultats de cette étude soulignent plusieurs enjeux liés à l'organisation, la planification et la gestion des soins durant la période d'attente pour les personnes avec obésité sévère en prévision de leur chirurgie bariatrique. Les témoignages recueillis lors des entrevues montrent que la continuité et la qualité du suivi préopératoire varient d'un établissement à l'autre, ce qui peut accentuer le sentiment d'injustice et

d'incertitude chez les personnes avec obésité sévère vivant l'attente d'une chirurgie bariatrique. Ces écarts dans la qualité des services de suivi préopératoire offerts d'un établissement à l'autre reflètent un besoin d'harmonisation dans les pratiques et les structures de suivi infirmier. À la lumière des résultats de la présente étude, il apparaît essentiel que les gestionnaires reconnaissent la période d'attente comme une étape à part entière du parcours de soins des personnes avec obésité sévère en attente de la chirurgie bariatrique, notamment en structurant et en harmonisant les suivis préopératoires afin d'assurer un accès plus équitable, continu et prévisible aux services. L'élaboration de protocoles de suivis infirmiers uniformisés pourrait contribuer à assurer une plus grande équité entre les milieux et à offrir un accompagnement adapté aux besoins physiques et psychologiques des personnes avec obésité sévère. Ces protocoles de gestion pourraient prendre différentes formes, telles que : des rencontres périodiques comme par exemple, tous les trois ou six mois, des appels de suivi ou des rencontres virtuelles (Majstorovic et al., 2025). En s'appuyant sur les rôles existants de gestion de la fluidité des services dans le réseau, les gestionnaires contribueraient à améliorer la continuité et la lisibilité de la trajectoire de soins bariatriques, réduisant ainsi la complexité et l'incertitude rapportées par les participant.es. Une meilleure reconnaissance du rôle infirmier dans la coordination de cette phase de la trajectoire de services et de soins pourrait améliorer la qualité du soutien offert, prévenir les ruptures de service et renforcer la confiance des personnes avec obésité sévère en attente d'une chirurgie bariatrique envers le système de santé. Bien que certains programmes bariatriques reposent déjà sur une prise en charge interdisciplinaire incluant les infirmières, davantage de recherches seraient nécessaires afin d'évaluer les

retombées d'une fonction infirmière spécifiquement consacrée à la coordination et à l'accompagnement durant la période d'attente. À cet égard, le développement d'un rôle de type infirmière pivot auprès de cette clientèle pourrait constituer une avenue prometteuse afin d'assurer la continuité des soins, la coordination des services et un accompagnement adapté tout au long de la période d'attente.

Sociopolitique

Sur le plan sociopolitique, les résultats de la présente étude révèlent des enjeux d'équité dans l'accès aux soins bariatriques pour les personnes avec obésité sévère, invitant à une réflexion plus large sur le développement d'une politique de santé sur la prise en charge, l'organisation et la priorisation des services et soins bariatriques offerts aux personnes avec obésité sévère en attente de la chirurgie bariatrique au Québec. Les participant.es ont évoqué à plusieurs reprises des inégalités entre les régions et les établissements, que ce soit en termes de délais, de suivi ou de disponibilité des ressources. Ces enjeux d'équité et de priorisation des services sont également documentés dans quelques études recensées (Anvari et al., 2018 ; Majstorovic et al., 2025). Ces constats rappellent que les déterminants structurels du système de santé influencent directement le vécu des personnes avec obésité sévère en attente de la chirurgie bariatrique et leur capacité à s'adapter à cette période. Les résultats de cette étude qualitative descriptive suggèrent que la période d'attente de la chirurgie bariatrique gagnerait à être reconnue comme un enjeu politique de santé publique, et non uniquement comme une question de gestion des listes chirurgicales. Cette reconnaissance par les décideurs politiques

permettrait de mieux prendre en compte les inégalités d'accès aux soins vécues par les personnes avec obésité sévère et de légitimer leurs attentes, tout en contribuant à renforcer la confiance envers le système de santé par une meilleure lisibilité et équité des processus de priorisation. Les infirmières, en raison de leur proximité avec cette clientèle, sont bien placées pour faire des représentations politiques en défendant les intérêts des personnes avec obésités sur ces divers enjeux auprès des décideurs et participer à l'élaboration de politiques favorisant une approche plus holistique et équitable ainsi qu'un meilleur accès aux services et soins bariatriques au Québec.

Recherche

Au niveau de la recherche, les résultats de notre étude ouvrent plusieurs pistes à explorer pour approfondir la compréhension du processus de l'attente de la chirurgie bariatrique et des mécanismes d'adaptation qui y sont associés. Les résultats montrent que l'incertitude, l'isolement social et les disparités organisationnelles influencent fortement le vécu des participant.es. Cependant, ces dimensions demeurent jusqu'ici, peu explorées, bien que la phénoménologie herméneutique (interprétative) puisse constituer une avenue pertinente pour approfondir la compréhension et l'interprétation du vécu des personnes avec obésité sévère en attente d'une chirurgie bariatrique. De même, il est possible de générer une théorie ou un modèle à l'aide de la théorisation ancrée afin de mieux comprendre le processus de l'attente d'une chirurgie bariatrique auprès de la même population. Il serait souhaitable que de futures études s'intéressent à l'efficacité d'interventions infirmières ciblant la réduction de l'incertitude ou le renforcement du

soutien psychosocial durant la période d'attente de la chirurgie bariatrique. Des recherches longitudinales pourraient également permettre de suivre l'évolution de l'adaptation avant et après la chirurgie, afin de mieux comprendre les effets à long terme du vécu d'attente sur la santé physique et psychologique. Enfin, la mise en place de projets de recherche participative, impliquant les infirmières, les gestionnaires et la clientèle bariatrique dans la conception et l'évaluation des interventions, représenterait une avenue prometteuse pour concevoir des stratégies plus proches des besoins réels exprimés par cette clientèle (Majstorovic et al., 2025), tout en valorisant la contribution infirmière à la production de connaissances dans le domaine des soins bariatriques. Bien que les écrits scientifiques recensés indiquent que les femmes ont généralement davantage recours à la chirurgie bariatrique que les hommes (van Olst et al., 2023), le vécu et les perceptions de ces derniers demeurent peu documentés et mériteraient d'être explorées dans de futures recherches auprès de cette population.

Somme toute, ces recommandations visent à renforcer la contribution infirmière dans l'accompagnement des personnes avec obésité sévère en attente de chirurgie bariatrique, tout en favorisant une approche de soins holistique adaptée à la réalité de leur vécu dans le contexte de COVID-19. Le prochain volet porte sur les limites et les forces de la présente recherche qualitative descriptive.

Limites et force de cette étude

Le présent volet vise à présenter les limites et les forces de cette étude qualitative descriptive simple au niveau méthodologique ainsi que ses forces scientifiques et cliniques. Ces éléments permettent de mieux comprendre la rigueur du processus et la contribution réelle de la recherche.

Limites

Parmi des limites de l'étude, la composition de l'échantillon, majoritairement féminine, pourrait limiter la transférabilité des résultats à des personnes de genre masculin vivant l'attente de la chirurgie bariatrique. La mise en œuvre des groupes focalisés a été marquée par des difficultés à réunir un nombre minimal de participant.es à une même séance, ce qui a parfois limité la dynamique d'interaction propre à ce type de méthode (Holloway & Wheeler, 2010). Cette contrainte du terrain de la présente recherche a possiblement influencé la richesse des échanges collectifs et, par conséquent, certains aspects de la crédibilité des données issues des groupes focalisés. Toutefois, l'ajout d'entrevues individuelles a permis de pallier cette limite en favorisant l'expression approfondie du vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique et en renforçant la compréhension du phénomène étudié. Plusieurs ont exprimé un découragement ou une fatigue face à la durée du processus, ce qui a pu freiner leur motivation à participer à la recherche. Pour pallier cette réalité du terrain, trois personnes avec obésité sévère récemment opérées ont été incluses. L'inclusion de personnes ayant déjà réalisé la chirurgie bariatrique constitue une limite de l'étude, puisque leur discours sur la période

d'attente repose sur une expérience rétrospective. Cette situation peut introduire un biais de rappel dans la présente étude, puisque le vécu de la période d'attente est susceptible d'être reconstruit à la lumière du résultat chirurgical, souvent associé à un sentiment de soulagement ou à des changements positifs. Ainsi, certaines difficultés ou souffrances éprouvées durant cette période peuvent, rétrospectivement, être perçues comme moins intenses. Toutefois, le fait que ces participant.es ne soient plus en attente de la chirurgie bariatrique au moment de l'entretien a également pu favoriser une plus grande aisance à s'exprimer et une liberté accrue dans l'évocation de leur vécu, notamment dans l'expression de critiques à l'égard du parcours de soins. Ce double dynamique est susceptible d'avoir influencé la crédibilité de certaines données relatives au vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique. De plus, certaines limites sont inhérentes à la méthode des groupes focalisés : la présence d'autres participant.es peut influencer la spontanéité ou la profondeur des échanges, malgré la création d'un climat de confiance par l'animatrice.

Forces

Malgré les limites mentionnées précédemment, des stratégies de rigueur méthodologique, notamment la triangulation des sources de données, la validation du tableau d'analyse et les discussions régulières avec la direction et codirection de recherche, ont contribué à assurer la crédibilité et la cohérence de l'analyse des données. Cette étude qualitative descriptive comporte également plusieurs forces qui soutiennent la solidité et la pertinence de ses résultats. Premièrement, cette étude a atteint une saturation

des données, constituant une force importante. La répétition des thèmes et des sous-thèmes au fil des deux entrevues semi-dirigées et des trois groupes focalisés indique que les données recueillies étaient suffisantes pour décrire de manière approfondie le vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique, renforçant ainsi la crédibilité des résultats. Ensuite, le recours combiné à deux cadres conceptuels, le modèle de l'incertitude en maladie de Mishel (1988, 1990) et le modèle d'adaptation de Roy (2009), constituent un apport théorique majeur, permettant une lecture intégrée du vécu d'incertitude et des réponses adaptatives des personnes en attente de chirurgie bariatrique. Ce double ancrage a favorisé une description nuancée et cohérente des données recueillies lors des entrevues. Sur le plan méthodologique, la combinaison de groupes focalisés et d'entrevues individuelles a permis de recueillir des données riches et diversifiées, offrant une vision plus complète du vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique dans le contexte de COVID-19. L'analyse thématique, réalisée selon l'approche de Miles et al. (2020), a été menée avec rigueur et validée auprès de la direction de recherche, renforçant la crédibilité du processus. De plus, cette étude présente une pertinence clinique et sociale importante, en explorant une période souvent négligée du parcours bariatrique, l'attente avant la chirurgie met en lumière un vécu complexe, marqué par la vulnérabilité des personnes avec obésité sévère en attente de chirurgie bariatrique dans le contexte de COVID-19 et aussi par la mobilisation des mécanismes d'adaptation. Les résultats offrent une contribution originale dans l'avancement des connaissances en sciences infirmières, en dépassant la simple description du vécu pour mettre en évidence les stratégies d'adaptation concrètes utilisées par les personnes avec obésité sévère pour faire face à l'incertitude de l'attente de

chirurgie bariatrique. Qui plus est, les retombées directes pour la pratique infirmière, articulées autour de recommandations concrètes dans cinq champs de la pratique infirmière, soulignent la valeur appliquée des résultats de la présente recherche et son apport significatif dans les milieux cliniques. En somme, malgré certaines contraintes liées au contexte et au recrutement, la rigueur méthodologique, la solidité conceptuelle et la pertinence clinique de cette étude soutiennent la validité et la portée de ses résultats pour la pratique infirmière.

La prochaine section présente la conclusion générale de l'étude du vécu de l'attente de chirurgie bariatrique chez les personnes avec obésité sévère dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Conclusion

Réalisée selon l'approche d'analyse de Miles et al. (2020), la présente étude qualitative descriptive, vise à décrire le vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique chez les personnes avec obésité sévère dans le contexte de la pandémie de COVID-19 au Québec. Elle s'appuie sur deux cadres conceptuels complémentaires : le modèle de l'incertitude en maladie de Mishel (1988, 1990), utilisé pour comprendre l'expérience d'incertitude associée à l'attente de la chirurgie bariatrique, et le modèle d'adaptation de Roy (2009) mobilisé afin d'analyser les mécanismes d'adaptation déployés par les personnes avec obésité sévère face à cette attente. Les neuf thèmes obtenus dans les résultats de cette étude montrent que l'attente de la chirurgie bariatrique s'accompagne d'un contexte d'incertitude, principalement lié au manque d'information concernant le processus chirurgical et à l'imprévisibilité de la date de l'intervention. Considérées comme des facteurs extrinsèques, l'attente et l'incertitude, conjuguées à l'obésité sévère comme facteur intrinsèque et au contexte pandémique de COVID-19 semblent agir comme des stimuli déclenchant un processus d'adaptation chez les personnes avec obésité sévère en attente de chirurgie bariatrique. Cette période d'attente prolongée fragilise l'état de santé physique et psychologique des participant.es, ainsi que leur fonctionnement dans les rôles sociaux. De plus, la complexité de la trajectoire de soins et les enjeux d'accessibilité aux services altèrent le lien de confiance entre les personnes avec obésité sévère en attente de la chirurgie bariatrique et le système de santé. Face à ces défis, les

participant.es mobilisent divers mécanismes d'adaptation, notamment le recours au soutien social offert par les proches, les pairs et les médias sociaux, ainsi que l'exploration de solutions alternatives, telles que le recours au secteur privé ou la réalisation de la chirurgie à l'étranger. Ainsi, à la vue des résultats, les infirmières apparaissent comme des professionnelles clés dans l'accompagnement des personnes avec obésité sévère vivant l'attente d'une chirurgie bariatrique. Leur position au sein du système de santé les place favorablement pour soutenir le processus d'adaptation et contribuer à atténuer les effets néfastes de l'incertitude sur la santé physique et psychologique. Ces professionnelles de la santé peuvent également jouer un rôle essentiel dans l'accompagnement des personnes avec obésité sévère dans l'identification et l'utilisation de mécanismes d'adaptation adaptés à leur unique situation face à l'attente de la chirurgie bariatrique.

En considérant l'attente comme une étape à part entière du parcours de soins, la présente étude qualitative descriptive contribue à approfondir la perception des personnes avec obésité sévère en attente de chirurgie bariatrique au Québec. Les résultats obtenus permettent de mieux saisir les effets de l'incertitude et les enjeux psychosociaux associés à cette période, tout en mettant en lumière des éléments encore peu explorés du vécu de l'attente de la chirurgie bariatrique. Ces connaissances invitent à de futures réflexions approfondies sur la manière dont l'attente est actuellement envisagée dans le parcours de soins bariatrique. Elles soulignent également l'importance de considérer cette période comme un moment clé nécessitant une attention particulière afin d'améliorer l'expérience d'attente des personnes avec obésité sévère au sein du système de santé québécois.

Références

- Abu-Omar, N., Marcil, G., Mocanu, V., Dang, J. T., Switzer, N., Kanji, A., Birch, D., & Karmali, S. (2021). The effect of the COVID-19 pandemic on bariatric surgery delivery in Edmonton, Alberta: A single-centre experience [Article]. *Canadian Journal of Surgery*, 64(3), E307-E309. <https://doi.org/10.1503/cjs.002421>
- Ahmed, B., Altarawni, M., Ellison, J., & Alkhaffaf, B. H. (2021). Serious Impacts of Postponing Bariatric Surgery as a Result of the COVID-19 Pandemic: The Patient Perspective [Article]. *Journal of Patient Experience*, 8. <https://doi.org/10.1177/23743735211008282>
- Albert, U., Losurdo, P., Leschiutta, A., Macchi, S., Samardzic, N., Casaganda, B., De Manzini, N., & Palmisano, S. (2021). Effect of SARS-CoV-2 (COVID-19) Pandemic and Lockdown on Body Weight, Maladaptive Eating Habits, Anxiety, and Depression in a Bariatric Surgery Waiting List Cohort. *Obesity Surgery*, 31(5), 1905-1911. <https://doi.org/10.1007/s11695-021-05257-5>
- Andalib, A., Bouchard, P., Bougie, A., Loiselle, S. E., Demyttenaere, S., & Court, O. (2018). Variability in Bariatric Surgical Care Among Various Centers: a Survey of All Bariatric Surgeons in the Province of Quebec, Canada. *Obes Surg*, 28(8), 2327-2332. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3157-4>
- Anvari, M., Lemus, R., & Breau, R. (2018). A Landscape of Bariatric Surgery in Canada: For the Treatment of Obesity, Type 2 Diabetes and Other Comorbidities in Adults. *Can J Diabetes*, 42(5), 560-567. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.12.007>
- Beisani, M., Vilallonga, R., Petrola, C., Acosta, A., Casimiro Pérez, J. A., García Ruiz De Gordejuela, A., Fernández Quesada, C., Gonzalez, O., Cirera De Tudela, A., Caubet, E., Armengol, M., & Fort, J. M. (2021). Effects of COVID-19 lockdown on a bariatric surgery waiting list cohort and its influence in surgical risk perception. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 406(2), 393-400. <https://doi.org/10.1007/s00423-020-02040-5>
- Berkessel, J. B., Ebert, T., Gebauer, J. E., & Rentfrow, P. J. (2024). On the Unequal Burden of Obesity: Obesity's Adverse Consequences Are Contingent on Regional Obesity Prevalence. *Psychol Sci*, 35(11), 1260-1277. <https://doi.org/10.1177/09567976241265037>

- Bianciardi, E., Imperatori, C., Niolu, C., Campanelli, M., Franceschilli, M., Petagna, L., Zerbin, F., Siracusano, A., & Gentileschi, P. (2020). Bariatric Surgery Closure During COVID-19 Lockdown in Italy: The Perspective of Waiting List Candidates. *Front Public Health*, 8, 582699. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.582699>
- Biertho, L., Hong, D., Gagner, M. (2020). *Bariatric Surgery : Surgical Options and Outcomes*. In Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines. Obesity Canada. <https://obesitycanada.ca/guidelines/surgeryoptions>
- Boulé, N. G., Prud'homme, D. (2020). *Physical Activity in Obesity Management*. In Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines. Obesity Canada. <https://obesitycanada.ca/guidelines/physicalactivity>
- Carr, T., Teucher, U. C., & Casson, A. G. (2014). Time while waiting: patients' experiences of scheduled surgery. *Qual Health Res*, 24(12), 1673-1685. <https://doi.org/10.1177/1049732314549022>
- Collaborative, C. O. (2020). Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. *British Journal of Surgery*, 107(11), 1440-1449. <https://doi.org/10.1002/bjs.11746>
- Doumouras, A. G., Albacete, S., Mann, A., Gmora, S., Anvari, M., & Hong, D. (2020). A Longitudinal Analysis of Wait Times for Bariatric Surgery in a Publicly Funded, Regionalized Bariatric Care System. *Obesity Surgery*, 30(3), 961-968. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-04259-8>
- Doyle, L., McCabe, C., Keogh, B., Brady, A., & McCann, M. (2020). An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *J Res Nurs*, 25(5), 443-455. <https://doi.org/10.1177/1744987119880234>
- Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*. 4^e éd. Chenelière Éducation.
- Flanagan, J. M. & Beck, C. T. (2025). *Polit and Beck's Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 12^e éd. Wolters Kluwer.
- Fuson, O., Mitra, A., Little, C., Hiatt, S., Franklin, H., Dieckmann, N. F., & Hansen, L. (2025). Role of Uncertainty in Illness and Coping Strategies in Advance Directive Completion in Patients With End-stage Liver Disease. *J Clin Gastroenterol*, 59(1), 90-96. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000001981>

- Garneau, P., Glazer, S., Jackson, T., Sampath, S., Reed, K., Christou, N., Shaban, J., & Biertho, L. (2022). Guidelines for Canadian bariatric surgical and medical centres: a statement from the Canadian Association of Bariatric Physicians and Surgeons. *Can J Surg*, 65(2), E170-E177. <https://doi.org/10.1503/cjs.020719>
- Glazer, S. A., & Vallis, M. (2022). Weight gain, weight management and medical care for individuals living with overweight and obesity during the COVID-19 pandemic (EPOCH Study) [Article]. *Obesity Science and Practice*. <https://doi.org/10.1002/osp4.591>
- Gregory, D. M., Temple Newhook, J., & Twells, L. K. (2013). Patients' perceptions of waiting for bariatric surgery: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 86. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-86>
- Groller, K. D., Curley, B., & Gourash, W. (2025). The practice of preoperative patient education in metabolic bariatric surgery: results of a national survey. *Surg Obes Relat Dis*, 21(8), 971-981. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2025.05.006>
- Hajizadeh, M., & Jalili, F. (2025). Addressing Healthcare Waiting Time Challenges in Canada: Insights From Emerging Initiatives. *International Journal of Health Policy and Management*, 14, 8986. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.8986>
- Holloway, I., & Galvin, K. (2023). *Qualitative research in nursing and healthcare*. John Wiley & Sons.
- Huang, P. C., Latner, J. D., Bevan, N., Griffiths, M. D., Chen, J. S., Huang, C. H., O'Brien, K. S., & Lin, C. Y. (2024). Internalized weight stigma and psychological distress mediate the association of perceived weight stigma with food addiction among young adults: A cross-sectional study. *J Eat Disord*, 12(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01112-x>
- Irvin, S. K. (2001). Waiting: concept analysis. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 12(4), 128-136.
- Jones, R. E., & Abdelfattah, K. R. (2020). Virtual Interviews in the Era of COVID-19: A Primer for Applicants. *Journal of Surgical Education*, 77(4), 733-734. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.03.020>
- Keyte, R., Mantzios, M., Hussain, M., Tahrani, A. A., Abbott, S., Strachan, R., Singhal, R., & Egan, H. (2024). 'Surgery is my only hope': A qualitative study exploring perceptions of living with obesity and the prospect of having bariatric surgery. *Clinical Obesity*, 14(3). <https://doi.org/10.1111/cob.12643>

- Kvaale, K., Lian, O. S., & Bondevik, H. (2022). 'Beyond my Control': Dealing with the Existential Uncertainty of Cancer in Online Texts. *Illness, Crisis & Loss*, 32(2), 192-208. <https://doi.org/10.1177/10541373221122874>
- Lazaridis, I. I., Kraljević, M., Schneider, R., Klasen, J. M., Schizas, D., Peterli, R., Kow, L., Delko, T., Noel, P., Singhal, R., Girodet, M., Soprani, A., Brehant, O., Moszkowicz, D., Coueffe, X., Lanne, J. S., Rosenblum, I., Moldovanu, R., Pflieger, H., . . . for the, C. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Bariatric Surgery: Results from a Worldwide Survey. *Obesity Surgery*, 30(11), 4428-4436. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04830-8>
- Lau, D. C. W., Wharton, S. (2020). *The Science of Obesity*. In Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines, Obesity Canada. <https://obesitycanada.ca/guidelines/science>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA.: Sage Publication.
- Magliah, S. F., Alzahrani, A. M., Sabban, M. F., Abulaban, B. A., Turkistani, H. A., Magliah, H. F., & Jaber, T. M. (2022). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on waitlisted pre-bariatric surgery patients in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Ann Med Surg (Lond)*, 82, 104767. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104767>
- Majstorovic, M., Chur-Hansen, A., Andrews, J., & Burke, A. L. J. (2025). On The Barriers and Enablers to Bariatric Surgery: A Qualitative Study with Bariatric Surgeons. *Obesity Facts*, 1-16. <https://doi.org/10.1159/000547169>
- Mendes, C., Carvalho, M., Oliveira, L., Rodrigues, L. M., & Gregorio, J. (2023). Nurse-led intervention for the management of bariatric surgery patients: A systematic review. *Obes Rev*, 24(11), e13614. <https://doi.org/10.1111/obr.13614>
- Mihaileanu, F. V., Fadgyas Stanculete, M., Gherman, C., Brata, V. D., Padureanu, A. M., Dita, M. O., Turtoi, D. C., Bottalico, P., Incze, V., & Stancu, B. (2025). Beyond the Physical: Weight Stigma and the Bariatric Patient Journey. *J Clin Med*, 14(2). <https://doi.org/10.3390/jcm14020543>
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256-262.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.

- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2020). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Moreno Gijón, M., Díaz Vico, T., Rodicio Miravalles, J. L., López-Negrete Cueto, E., Suárez Sánchez, A., Amoza Pais, S., Sanz Navarro, S., Valdés Arias, C., Turienzo Santos, E. O., & Sanz Álvarez, L. M. (2020). Prospective Analysis Regarding Health-Related Quality of Life (HR-QOL) between Morbid Obese Patients Following Bariatric Surgery Versus on a Waiting List. *Obesity Surgery*, 30(8), 3054-3063. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-04652-8>
- Naran, V., Namous, N., Eddy, V. J., Le Guen, C. L., Sarwer, D. B., & Soans, R. S. (2021). The effects of the COVID-19 pandemic on patients with obesity undergoing bariatric care. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 17(10), 1714-1720. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2021.05.026>
- Obesity Canada–Obésité Canada. (2019). *Bulletin sur l'accès des adultes au traitement de l'obésité au Canada*. Edmonton, AB. <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2019/05/OC-Report-Card-2019-English-Final.pdf>
- Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel. (2020). *Canadian adult obesity clinical practice guidelines*. Obesity Canada. <https://obesitycanada.ca/guidelines>
- Organisation mondiale de la santé. (2026). *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
- Pedersen, S. D., Manjoo, P., Wharton, S. (2025). Pharmacotherapy for Obesity Management in adults: 2025 clinical practice guideline update. *Canadian Medical Association Journal*, 197(27), E797-E809. <https://doi: 10.1503/cmaj.250502>
- Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model*. 3rd ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall.
- Schuck, S., Loussikian, P., Mebarki, A., Malaab, J., Foulquie, P., Talmatkadi, M., & Kearney, M. (2024). Perceived unmet needs and impact on quality of life of patients living with advanced bladder cancer and their caregivers: results of a social media listening study conducted in five European countries. *BMC Cancer*, 24(1), 1444. <https://doi.org/10.1186/s12885-024-13092-x>
- Segall, R. E., Takata, J. L., & Urbach, D. R. (2020). Wait-time reporting systems for elective surgery in Canada: a content analysis of provincial and territorial initiatives. *CMAJ Open*, 8(4), E844-E851. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200033>

- Singhal, R., Tahrani, A. A., Sakran, N., Herrera, M., Menon, V., Khaitan, M., Foschi, D., Super, J., Sandvik, J., Angrisani, L., Kawahara, N., Teixeira, J., Campos, G. M., Kothari, S., Graham, Y., Ludwig, C., & Mahawar, K. (2021). Effect of COVID-19 pandemic on global Bariatric surgery PRACTiceS – The COBRAS study. *Obesity Research & Clinical Practice*, 15(4), 395-401. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.orcp.2021.04.005>
- Skojec, T. A., Davidson, T. M., & Kelechi, T. J. (2025). The relationship between uncertainty in illness and psychological adjustment to chronic illness. *J Health Psychol*, 30(4), 622-637. <https://doi.org/10.1177/13591053241249861>
- Sommer, J. L., Jacobsohn, E., & El-Gabalawy, R. (2021). Impacts of elective surgical cancellations and postponements in Canada. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 68(3), 315-323. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01824-z>
- Søreide, K., Hallet, J., Matthews, J. B., Schnitzbauer, A. A., Line, P. D., Lai, P. B. S., Otero, J., Callegaro, D., Warner, S. G., Baxter, N. N., Teh, C. S. C., Ng-Kamstra, J., Meara, J. G., Hagander, L., & Lorenzon, L. (2020). Immediate and long-term impact of the COVID-19 pandemic on delivery of surgical services [Review]. *British Journal of Surgery*, 107(10), 1250-1261. <https://doi.org/10.1002/bjs.11670>
- Statistique Canada. (2019). Overweight and obese adults, 2018 (Catalogue no. CS82-625/2019001-5). Repéré à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190625/dq190625b-fra.htm>
- Statistique Canada. (2025). L'obésité chez les adultes au Canada. Repéré à : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310037301>
- Sundaresan, A. (2024). Effective nursing care and management of bariatric surgery for obesity. *International Journal of Clinical Medical research* 2(6), 198-208.
- Twells, L. K., Janssen, I., & Kuk, J. L. (2020). *Epidemiology of adult obesity*. In Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines. Obesity Canada. <https://obesitycanada.ca/guidelines/epidemiology>
- Uimonen, M., Kuitunen, I., Paloneva, J., Launonen, A. P., Ponkilainen, V., & Mattila, V. M. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on waiting times for elective surgery patients: A multicenter study. *PLoS ONE*, 16(7), e0253875. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253875>
- Vanderhout, S., Taneja, S., Hamour, A., Monterio, E., & Chung, J. (2025). "My Quality of Life is Not There. I'm Dying Here. I Cannot Take This Anymore." Exploring

- Patient Experiences With Surgical Wait Times in Otolaryngology: A Mixed Methods Study. *J Otolaryngol Head Neck Surg*, 54, 19160216251321456. <https://doi.org/10.1177/19160216251321456>
- Van Olst, N., Reiber, B. M. M., Vink, M. R. A., Gerdes, V. E. A., Galenkamp, H., van der Peet, D. L., van Rijswijk, A. S., & Bruin, S. C. (2023). Are male patients undergoing bariatric surgery less healthy than female patients? *Sug Obes Relat Dis*, 19(9), 1013-1022. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2023.02.015>
- Verhoeff, K., Mocanu, V., Dang, J., Wilson, H., Switzer, N. J., Birch, D. W., & Karmali, S. (2022). Effect of the COVID-19 pandemic on bariatric surgery in North America: a retrospective analysis of 834,647 patients. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 18(6), 803-811. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.soard.2022.03.012>
- Walędziak, M., Różańska-Walędziak, A., Bartnik, P., Kacperczyk-Bartnik, J., Janik, M., Kowalewski, P., & Kwiatkowski, A. (2021). Influence of covid-19 pandemic lockdown on patients from the bariatric surgery waiting list [Article]. *Medicina (Lithuania)*, 57(5), Article 505. <https://doi.org/10.3390/medicina57050505>
- Wharton, S., Lau, D. C. W., Vallis, M., Sharma, A. M., Biertho, L., Campbell-Scherer, D., Adamo, K., Alberga, A., Bell, R., Boulé, N., Boyling, E., Brown, J., Calam, B., Clarke, C., Crowshoe, L., Divalentino, D., Forhan, M., Freedhoff, Y., Gagner, M., . . . Wicklum, S. (2020). Obesity in adults: a clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 192(31), E875-E891. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191707>
- Zuberi, S., Egiz, A., Iqbal, H., Jambulingam, P., Whitelaw, D., Adil, T., Jain, V., Al-Taani, O., Munasinghe, A., Askari, A., Aly, M. K., & Iqbal, F. M. (2024). Characterizing barriers and facilitators of metabolic bariatric surgery tourism: a systematic review. *Br J Surg*, 111(3). <https://doi.org/10.1093/bjs/znae060>

Appendice A

Affiche de recrutement

Affiche de recrutement



Vous êtes en attente d'une chirurgie bariatrique ?

S'il vous plait, NE PAS TAGEZ PERSONNE !

Nous sommes à la recherche de volontaires pour participer à notre étude afin de comprendre le vécu de l'attente prolongée de la chirurgie dans le contexte de la pandémie de Covid-19 chez les personnes en attente d'une chirurgie bariatrique.

Votre participation en visio-conférence (Zoom) comprendra soit :

- une **discussion de groupe** (durée d'environ 1h30)
- une **entrevue individuelle** (durée de 30 à 45 minutes).

En guise de remerciement pour votre temps, nous vous remettrons une compensation financière, sous forme d'une carte-cadeau électronique de Walmart qui vous sera expédiée par courriel.

Si vous êtes intéressé(e), contactez-moi au (██████████) ou par courriel (██████████) 😊

Critères d'inclusion :

- ✓ Être un adulte de 18 ans et plus
- ✓ Avoir eu une première rencontre avec l'équipe chirurgicale
- ✓ Avoir eu ou pas la chirurgie bariatrique et vécu l'attente durant la période de la pandémie de Covid-19 (mars 2020 – septembre 2022)
- ✓ Être capable de s'exprimer en français
- ✓ Avoir accès à internet et une interface pour se connecter sur zoom (p.ex. ordinateur ou cellulaire)

Critères d'exclusion :

- ✗ Être en attente d'une chirurgie de révision
- ✗ Être en attente d'une deuxième chirurgie bariatrique

Cette étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais.



Appendice B

Formulaire de consentement



Formulaire de consentement général

Titre du projet : Vécu de l'attente de la chirurgie dans le contexte de la pandémie de Covid-19 chez les personnes en attente d'une chirurgie bariatrique.

Nom de l'étudiante-chercheuse :

Shirin Ataei Talebi, Inf. B.Sc.
Étudiante en maîtrise-profil recherche
Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais
283, boulevard Alexandre-Taché, pièce C-2801, Gatineau (Québec) J8X 3X7

Nom de la directrice :

Pr Sylvain Brousseau, inf., PhD
Professeur, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais
Saint-Jérôme - Campus de Saint-Jérôme, local J-3226
Téléphone: 450 530-7616, poste 4414
Courriel: sylvain.brousseau@uqo.ca

Nom de la codirectrice :

Pre Aurélie Baillot, PhD
Professeure, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais
283, boulevard Alexandre-Taché, pièce C-1811, Gatineau (Québec) J8X 3X7
(819)595-3900, poste 1995
aurelie.baillot@uqo.ca

Conflits d'intérêts : Il n'y a pas de conflit d'intérêts.

PRÉAMBULE

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

INVITATION À PARTICIPER

Vous êtes invité(e) à participer à la recherche nommée ci-dessus, menée par Shirin Ataei Talebi, étudiante à l'Université du Québec en Outaouais sous la direction des professeures Evy Nazon et Aurélie Baillot.

Vous êtes libre de participer ou non à cette étude. Votre décision de participer ou de vous retirer de l'étude n'affectera en rien votre prise en charge en chirurgie bariatrique.

BUT DE L'ÉTUDE

La chirurgie bariatrique se présente comme un traitement efficace de l'obésité sévère. Le temps d'attente de la chirurgie bariatrique au Canada peut aller au-delà de 12 mois. Ce temps d'attente a été augmenté par la pandémie de Covid-19. La plupart des chirurgies électives et non urgentes ont été reportées ou annulées pour donner la place à la prise en charge des patients atteints de la Covid-19. L'effet sur la santé des personnes quant à l'attente prolongée de la chirurgie bariatrique dans le contexte de la pandémie de Covid-19 a été étudié. Cependant, il n'existe pas d'étude sur le vécu de cette attente chez les personnes en attente d'une chirurgie bariatrique. Le but de cette recherche est de décrire le vécu de l'attente prolongée de la chirurgie dans le contexte de la pandémie de la Covid-19 chez les personnes en attente d'une chirurgie bariatrique.

CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Critères d'inclusion :

1. Être adulte de 18 ans et plus ;
2. Avoir eu la première rencontre avec l'équipe chirurgicale ;
3. Avoir eu ou pas la chirurgie bariatrique et vécu l'attente durant la période de la pandémie de Covid-19 (mars 2020 – septembre 2022)
4. Être capable de comprendre et parler le français ;
5. Avoir accès à l'internet et une interface pour se connecter sur zoom (p.ex. ordinateur ou cellulaire).

Critères d'exclusion :

1. Être en attente d'une chirurgie bariatrique de révision ;
2. Être en attente d'une deuxième chirurgie bariatrique.

NATURE ET DURÉE DE VOTRE PARTICIPATION

Dans la mesure où vous acceptez de participer à l'étude, nous vous demanderons de prendre part à une discussion de groupe (4-6 personnes) ou une entrevue individuelle en mode virtuelle via l'application Zoom. Le groupe de discussion sera d'une durée d'environ 1 heure et demie et l'entrevue individuelle peut prendre 30 à 45 minutes. Je communiquerai avec vous par courriel afin de vous envoyer le lien Zoom et le questionnaire sociodémographique et clinique. Je vous inviterai à répondre à ce questionnaire et à me l'envoyer avant votre participation à la rencontre en Zoom. Ce questionnaire contient des questions pour connaître votre genre, catégorie d'âge, etc.

Le jour de votre rencontre virtuelle, et juste avant le début de la rencontre vous n'aurez qu'à ouvrir le courriel et cliquer sur le lien de Zoom. Vous serez dirigé vers la salle d'attente virtuelle et vous pourrez ensuite entrer dans la salle de discussion virtuelle. Si vous ne désirez pas que les autres voient votre visage ou votre nom, vous pouvez y participer avec une caméra fermée et utiliser un pseudonyme. Il y aura un enregistrement audio et vidéo des groupes de discussion.

AVANTAGES LIÉS À VOTRE PARTICIPATION

Par votre participation, vous contribuerez à l'avancement des connaissances sur le vécu de l'attente prolongée de la chirurgie dans le contexte pandémique de la Covid-19 chez les personnes en attente d'une chirurgie bariatrique. Il n'y aura aucun bénéfice personnel lié à votre participation à cette étude. De plus, il est important de mentionner que votre participation n'aura aucun effet sur

une compensation financière, sous forme une carte cadeau électronique de Walmart de la valeur de 20\$ qui vous expédiera par courriel.

RISQUES LIÉS À VOTRE PARTICIPATION

Dans les groupes de discussion, vous pourriez ressentir de fortes émotions pendant ou après les séances. Dans ce cas, vous pouvez quitter le groupe de discussion. Si vous en ressentez le besoin, vous pouvez appeler Info-Social 811 ou Tel-Aide au numéro 1 800-567-9699 qui sont des services de consultation téléphonique gratuits et confidentiels disponibles pour l'accompagnement psychosocial des personnes au Québec. Après la séance du groupe de discussion, l'étudiante-chercheuse contactera le (la) participant(e) qui a quitté le groupe sans raison mentionnée ou en cas des pleurs afin de faire un débriefing. La participante sera également invitée à appeler Info-social ou Tel-Aide.

CONFIDENTIALITÉ ET ANONYMAT

Vous avez l'assurance de l'étudiante-chercheuse que les informations que vous partagerez resteront confidentielles sauf en cas d'obligation légale. Vous ne serez pas identifié dans les présentations ou publications qui découleront de l'étude. Vos données pourront être utilisées lors de la présentation orale ou écrite des résultats de l'étude, mais ne seront jamais associées à votre prénom et nom. Dans tous les questionnaires et lors de la transcription des groupes de discussion, votre nom sera remplacé par un code et seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux données. Durant le groupe de discussion, en l'occurrence pendant la collecte de données, afin d'assurer l'anonymat des participants qui le demandent, ceux-ci pourront garder leur caméra fermée et utiliser un pseudonyme sur Zoom. De plus, pour assurer la confidentialité des données, vous vous engagez, en signant ce formulaire à préserver la confidentialité des personnes qui font partie du groupe de discussion.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à la recherche est volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps ou de refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives. Vous pouvez retirer librement votre participation à tout moment en nous contactant soit par courriel soit par téléphone. À moins d'avis contraire de votre part, si vous vous retirez ou si vous êtes retiré du projet, les informations déjà recueillies dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservées, analysées et utilisées pour assurer l'intégrité scientifique du projet.

CONSERVATION DES DONNÉES

Les données numériques telles que le questionnaire sociodémographique – clinique, le formulaire de consentement et les enregistrements audiovisuels seront conservées dans les dossiers sécurisés par des mots clé sur l'ordinateur de l'étudiante-chercheuse avec un accès personnel sécurisé. Seules les directrices de recherche auront accès aux données. Une fois la transcription des entrevues terminée, les données audiovisuelles seront supprimées. Les transcriptions des données seront conservées pendant 5 années. Après cette période, toutes les données seront supprimées à l'aide d'un logiciel de suppression sécurité des données tel que « *Secure File Deleter* ». Il n'y aura aucune donnée en format papier. Le logiciel antivirus McAfee est installé sur l'ordinateur qui protège les données contre le piratage et les virus.

COMMUNICATION DES RÉSULTATS

Si vous êtes intéressé à connaître les résultats de la recherche, vous pourrez en recevoir une copie lorsqu'ils seront publiés. Les résultats seront présentés anonymement à des conférences et publiés dans des revues révisées par les pairs dans le but d'assurer la dissémination des connaissances.

RESPONSABILITÉ CIVILE

En acceptant de participer à cette étude, vous n'êtes privé d'aucun droit au recours judiciaire. Si vous deviez subir un préjudice en lien avec votre participation, vous conserveriez tous vos recours légaux à l'encontre des différents partenaires de la recherche.

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

APPROBATION ÉTHIQUE

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante Shirin Ataei Talebi au (). Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, au (819) 595-3900 poste 1781 ou au andre.durivage@uqo.ca

*Notez que à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications.

CONSENTEMENT

J'atteste que j'ai lu attentivement et que je comprends l'information présentée dans ce formulaire.

Acceptation : Je, _____, accepte de participer à cette recherche menée par Shirin Ataei Talebi.

Je comprends que ma participation à cette étude est complètement volontaire et que j'ai le droit de me retirer de l'étude en tout temps. Les objectifs de l'étude, les détails de ma participation et les risques et inconvénients possibles ont été expliqués à ma satisfaction.

En choisissant la phrase ci-dessous, je consens ou ne consens pas à participer à cette recherche et je m'engage à garder les informations qui seront discutées dans le cadre du groupe de discussion de ce projet confidentielles.

☐ Oui, je veux participer.

☐ Non, je ne veux pas participer

Signature _____

Date _____

J'autorise l'équipe de recherche à communiquer mon adresse courriel avec l'entreprise Walmart afin de recevoir la carte cadeau électronique de compensation de la participation à l'étude.

☐ Oui ☐ Non

En cas de retrait du projet, les informations recueillies seront conservées, analysées et utilisées pour assurer l'intégrité scientifique du projet.

☐ J'autorise

☐ Je n'autorise pas.

Souhaitez-vous recevoir un résumé des résultats de cette recherche (veuillez cocher la case appropriée)?

☐ Oui ☐ Non

Signature de Chercheure _____ *Date* _____

Signature de la directrice de recherche _____ *Date* _____

(Veuillez conserver une copie de ce formulaire de consentement signé).

Appendice C

Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique et clinique

1. Quel est votre genre ?

- ☐ Homme
- ☐ Femme
- ☐ Autre

2. Quel est votre groupe d'âge ?

- ☐ 18-29 ans
- ☐ 30-39 ans
- ☐ 40-49 ans
- ☐ 50-59 ans
- ☐ 60-69 ans
- ☐ Ne souhaite pas répondre

3. Pendant combien de temps vous êtes en attente pour votre chirurgie bariatrique depuis votre première rencontre avec l'équipe chirurgicale?

- ☐ Moins d'un an
- ☐ 1-2 ans
- ☐ 2-3 ans
- ☐ 3 ans et plus
- ☐ Ne souhaite pas répondre

4. Quel type de chirurgie bariatrique attendez-vous?

- ☐ Gastrectomie en manchon
- ☐ Court-circuit gastrique (RYGB)
- ☐ Dérivation biliopancréatique
- ☐ Autre -----
- ☐ Ne souhaite pas répondre

5. Dans quel secteur travaillez-vous?

-
- ☐ Ne souhaite pas répondre

6. Quel est votre niveau de salaire?

- ☐ Moins de 25 000\$
- ☐ 25 000-49 999 \$
- ☐ 50 000-74 999\$
- ☐ 75 000-100 000\$
- ☐ Plus de 100 000\$
- ☐ Ne souhaite pas répondre
- ☐ Ne sais pas

7. Quel est votre statut matrimonial?

- ☐ Célibataire
- ☐ En couple
- ☐ Ne souhaite pas répondre

8. Avez-vous des enfants à charge?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne souhaite pas répondre

9. Avez-vous un autre diagnostic de maladie chronique? Si oui, précisez la (les)?

- ☐ Diabète de type 2
- ☐ Diabète de type 1
- ☐ Hypertension artérielle
- ☐ Troubles cardiaques
- ☐ Maladies pulmonaires
- ☐ Apnée du sommeil
- ☐ Anxiété
- ☐ Dépression
- ☐ Autre -----
- ☐ Ne souhaite pas répondre

10. Avez-vous eu des suivis pré-chirurgicaux avec l'équipe médicale qui vous suit dans le cadre de votre chirurgie bariatrique?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne souhaite pas répondre

11. A quelle fréquence avez-vous eu des suivis pré-chirurgicaux avec l'équipe médicale qui vous suit dans le cadre de votre chirurgie bariatrique?

- ☐ 1 fois par mois et plus
- ☐ 1 fois par deux ou trois mois
- ☐ 1 fois par quatre cinq mois
- ☐ 1 fois par 6 mois et moins
- ☐ Ne souhaite pas répondre

Appendice D

Guide d'entrevue

Guide pour le groupe de discussion et les entrevues individuelles

Dans un premier temps, je tiens à vous remercier tous et toutes d'avoir accepté de faire partie de l'étude. Nous allons commencer par quelques questions sur votre santé et par la suite, des questions sur l'attente de la chirurgie bariatrique, l'incertitude et les stratégies d'adaptation vous seront posées.

Thème 1. Santé. Elle est comprise ici comme un état général de bien-être physique, psychologique et social.

1. Comment définissez-vous votre état de santé actuel?

Probes : Santé physique, santé psychologique.

Thème 2. L'attente se définit par une période du temps indéterminé pendant laquelle vous anticipez l'arrivée d'un événement (positif ou négatif).

2. Comment vivez-vous le temps d'attente de votre chirurgie bariatrique?

Probe : avantage : avoir plus de temps pour se préparer pour la chirurgie, inconvénient : risque, peur, inquiétude entourant l'exacerbation de maladie, des complications, accès aux soins, enjeux économiques.

3. À votre avis, est-ce que la pandémie de Covid-19 a affecté la planification de votre chirurgie bariatrique? Si oui, de quelle manière? Si non, pourquoi?

Probes : incertitude, optimiste, pessimiste

4. Comment l'attente pour votre chirurgie dans le contexte de la pandémie de Covid-19 a-t-elle affecté votre santé?

Probes : exacerbation de la maladie, complications liées à l'obésité, santé psychologique, se sentait plus prête pour subir la chirurgie.

Thème 3. L'adaptation se réalise à travers des stratégies et des moyens adoptés pour s'ajuster et s'adapter aux conditions difficiles.

5. Quelles stratégies/moyens utilisez-vous pour vous adapter face à cette attente?

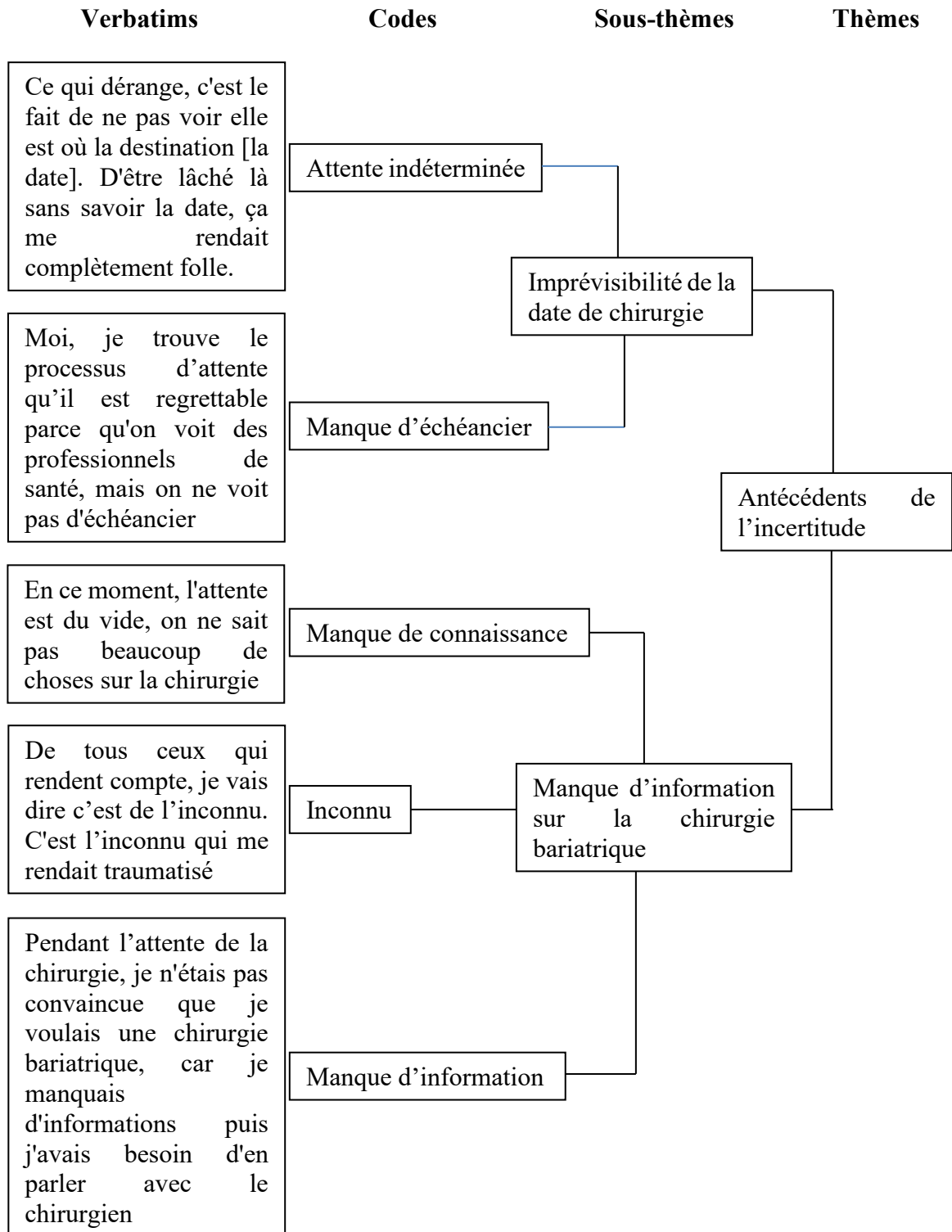
Probes : mécanismes d'adaptation (sois plus précis, donne des exemples de mécanismes)

6. À votre avis, qu'est-ce qui pourrait vous aider pour faire face à cette attente prolongée?

Appendice E

Exemple de processus d'analyse thématique

Processus d'analyse thématique



Appendice F

Certificat d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais



Le 10 novembre 2022

À l'attention de :
Shirin Ataei Talebi
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche

Projet #: 2023-2509

Titre du projet de recherche : Vécu de l'attente prolongée de la chirurgie dans le contexte de la pandémie de Covid-19 chez les personnes en attente d'une chirurgie bariatrique.

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le CER de l'UQO. Suivant l'examen de la documentation reçue, nous constatons que votre projet de recherche rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQO est par conséquent émis en date du 10 novembre 2022. Nous désirons vous rappeler que pour assurer la validité de votre certificat d'éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire, chaque année, un rapport de suivi continu à l'aide du formulaire *F9 - Suivi continu*. Le prochain suivi devra être fait au plus tard le :

10 novembre 2023.

Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications. Finalement, lorsque votre projet sera terminé, vous devrez remplir le formulaire *F10 - Rapport final*.

Notez qu'en vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.



CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet # : 2023-2509

Titre du projet de recherche : Vécu de l'attente prolongée de la chirurgie dans le contexte de la pandémie de Covid-19 chez les personnes en attente d'une chirurgie bariatrique.

Niveau de risque: Risque supérieur à minimal

Type d'évaluation: Évaluaiton en comité plénier

Chercheure principale :

Shirin Ataei Talebi

Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Directrice et codirectrice de recherche :

Evy Nazon; Aurélie Baillot

Professeures, Université du Québec en Outaouais

Date d'approbation du projet : 10 novembre 2022

Date d'entrée en vigueur du certificat : 10 novembre 2022

Date d'échéance du certificat : 10 novembre 2023

Caroline Tardif

Attachée d'administration, CÉR

pour André Durivage, Président du CÉR

Signé le 2022-11-10 à 10:21

Appendice G

Renouvellement du certificat d'éthique de l'UQO



Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Titre du protocole : **Vécu de l'attente prolongée de la chirurgie dans le contexte de la pandémie de Covid-19 chez les personnes en attente d'une chirurgie bariatrique.**

Numéro(s) de projet : **2023-2509**

Formulaire : **F9-17414**

Identifiant Nagano : **Obésité Covid**

Date de dépôt initial du formulaire :
2025-10-16

Chercheur principal (au CER Éval) : **Shirin Ataei Talebi**

Date de dépôt final du formulaire : **2025-10-16**

Date d'approbation du projet par le CER : **2022-11-10**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

Suivi du BCER

1.

OBJET: RENOUELEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

2.

Statut de la demande:

Demande approuvée

À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.

Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:

2026-11-10

RENOUVELLEMENT ANNUEL: Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique.

MODIFICATION: Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, AVANT la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 - Demande de modification au projet de recherche.

FIN DE PROJET: Vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin d'informer le CER de la fin de votre projet de recherche.

3.

La demande a été traitée par :

Caroline Tardif

date de traitement:

2025-10-16

Validation fin de projet

1. **Est-ce que votre projet de recherche est terminé?**

Non

Section A: Identification

3. **Y a-t-il des cochercheur(e)s, collaborateurs(trices) ou partenaires dans votre équipe de recherche?**

Non

4. **Sélectionnez le statut du (de la) chercheur(e) principal(e) à l'UQO.**

Le (la) chercheur(e) principal(e) est :

Étudiant(e) de 2^e cycle

Section B: Directeur(s)

1. **Veuillez indiquer le nom de votre directeur(trice) de recherche ou des codirecteur(e)s de votre projet. Si un(e) codirecteur(trice) n'est pas professeur(e) de l'UQO, veuillez seulement indiquer son nom ici en l'ajoutant comme contact. Seuls les professeur(e)s de l'UQO peuvent être ajoutés comme utilisateur(trice)s à un projet.**

Saisir les premières lettres du nom d'abord

Brousseau, Sylvain

Saisir les premières lettres du nom d'abord

Baillot, Aurélie

Section C: Déroulement des travaux

1. **Précisez le statut actuel de la collecte de données en indiquant votre choix ci-dessous.**

- ☐ La collecte de données débutera dans les 12 prochains mois.
☐ La collecte de données débutera dans plus d'une année.
☐ La collecte de données est en cours.
☒ La collecte de données est terminée.
☐ Le projet n'implique pas de collecte de données, mais plutôt l'utilisation de bases de données impliquant des sujets humains.

2. **Des participant(e)s se sont-ils/elles retiré(e)s du projet ou avez-vous dû retirer des participant(e)s du projet?**

Non

3. **Des participant(e)s ont-ils/elles subi des effets indésirables ou des inconforts pendant le projet?**

Non

Appendice H

Approbation du CER des modifications au recrutement et de collecte de données



Formulaire de demande de modification de projet

Titre du protocole : **Vécu de l'attente prolongée de la chirurgie dans le contexte de la pandémie de Covid-19 chez les personnes en attente d'une chirurgie bariatrique.**

Numéro(s) de projet : **2023-2509**

Formulaire : **F8a-11387**

Identifiant Nagano : **Obésité Covid**

Date de dépôt initial du formulaire : **2023-06-08**

Chercheur principal (au CER Éval) : **Shirin Ataei Talebi**

Date de dépôt final du formulaire : **2023-06-08**

Date d'approbation du projet par le CER : **2022-11-10**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

Suivi du BCER

1. Objet: Demande de modification

2.

Statut de la demande:

Demande approuvée

Le comité d'éthique de la recherche de l'UQO a pris connaissance de votre formulaire de demande de modification. Après examen de la demande, nous désirons vous informer que le CER vous autorise à poursuivre vos activités de recherche.

Date d'approbation de la demande de modification:

2023-06-13

Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance.

Date d'échéance du certificat:

2023-11-10

Sujet de la modification

1. **Vous devez cocher tous les éléments visés par la présente demande de modification.**

- ☐ Aucune modification
- ☐ Dépôt d'une autorisation d'un milieu ou organisation
- ☐ Modification des membres de votre équipe (cochercheur ou cochercheure, assistant ou assistante de recherche)
- ☐ Modification de votre directeur ou directrice de recherche ou modification / ajout d'un codirecteur ou d'une codirectrice de recherche
- ☒ Participants ou participantes ciblées (population)
- ☐ Ajout de juridiction (ex: collectes de données dans un autre pays)
- ☐ Procédures de recrutement
- ☐ Processus de consentement
- ☐ Ajout d'une ou plusieurs organisations ou milieux
- ☐ Ajout d'une communauté Autochtone
- ☐ Compensation aux participants ou participantes ou aux responsables du recrutement
- ☐ Mesures pour protéger la confidentialité des participants ou participantes
- ☐ Utilisation des données et du matériel
- ☐ Conservation des données et du matériel
- ☐ Ajout de populations vulnérables
- ☐ Risque lié à la participation
- ☐ Source de financement
- ☐ Déclaration de conflits d'intérêts
- ☐ Autre

2. **Si les modifications proposées entraînent l'ajout ou la modification d'un ou de plusieurs outils de mesure, veuillez sélectionner le ou les outils concernés par la présente demande de modification.**

- ☐ Aucun ajout de collecte de données
- ☐ Matériel biologique humain
- ☐ Expérimentation
- ☐ Utilisation secondaire de données
- ☐ Observation (incluant l'observation de clavardage sur le web)
- ☐ Groupes de discussion
- ☐ Questionnaires
- ☒ Entrevues
- ☐ Autre

Modification du projet