UNIVERSITE de LIMOGES
Section
Médecine
Pharmacie
SCD

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

Année 2005

THESE N° 125

DONNEES PSYCHOPATHOLOGIQUES ET RESULTATS CHIRURGICAUX A UN MOIS : ETUDE TRANSVERSALE A PROPOS DE 100 PATIENTS OBESES CANDIDATS A LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

THESE

pour le

Diplôme d'état de Docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 17 mai 2005

par Madame Carine MOLLAS-GORYL

née le 8 juin 1973 à Aubusson (23)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT	- Président (Directeur de thèse)
Madame le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT	- Juge
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX	- Juge
Monsieur le Professeur Daniel BUCHON	- Juge
Monsieur le Docteur Maxime SODJI, praticien hospitalier	- Co-Directeur de thèse
Monsieur le Docteur Philippe NUBUKPO, praticien hospitalier	- Co-Directeur de thèse
Monsieur le Docteur Jean-François THERME, praticien hospitalier	- Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE: Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESSEURS: Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis
Monsieur le Professeur COGNE Michel

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

ROCHE Doriane

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

* C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Jean-Luc	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BARTHE Dominique	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BEDANE Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOUTROS-TONI Fernand	BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE
DESCOTTES Bernard (C.S)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DUMAS Michel (SUR)	NEUROLOGIE
DUMONT Daniel (C.S)	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul (SUR)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LEGER Jean-Marie (SUR)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
LEROUX-ROBERT Claude (SUR)	NEPHROLOGIE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE
MAUBON Antoine (C.S)	RADIOLOGIE

MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MENIER Robert (SUR)	PHYSIOLOGIE
MERLE Louis	PHARMACOLOGIE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
PARAF François	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
PILLEGAND Bernard (C.S)	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
PIVA Claude (C.S)	MEDECINE LEGALE
PREUX Pierre-Marie	INFORMATION MEDICALE ET EVALUATION
RIGAUD Michel (C.S)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
SAUTEREAU Denis	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard (C.S)	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel (C.S)	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VANDROUX Jean-Claude (C.S)	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
VERGNENEGRE Alain (C.S)	EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
VIDAL Elisabeth (C.S)	MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	REANIMATION MEDICALE
VIROT Patrice (C.S)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS

BUCHON Daniel	MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

BUISSON Jean-Gabriel	MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ALAIN Sophie	Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière
ANTONINI Marie-Thérèse	Explorations Fonctionnelles Physiologiques
BOUTEILLE Bernard	Parasitologie - mycologie
CHABLE Hélène	Biochimie et génétique moléculaire, chimie des Explorations fonctionnelles
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Anatomie
ESCLAIRE Françoise	Laboratoire d'histologie-cytologie,cytogénétique et de Biologie cellulaire et de la reproduction
JULIA Annie	laboratoire d'hématologie
LAPLAUD Paul	Biochimie et génétique moléculaire, chimie des Explorations fonctionnelles
MOUNIER Marcelle	Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière
PETIT Barbara	Anatomie et cytologie pathologiques
PLOY Marie-Cécile	Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière
RONDELAUD Daniel	Laboratoire d'histologie-cytologie,cytogénétique et de Biologie cellulaire et de la reproduction
VERGNE-SALLE Pascale	Rhumatologie
YARDIN Catherine	Laboratoire d'histologie-cytologie,cytogénétique et de Biologie cellulaire et de la reproduction

Je dédie cette thèse :

A Fabien pour ton amour, ta patience et ta compréhension lors de ces derniers mois.
Ton aide a été inestimable et je t'en serai éternellement reconnaissante.

A nos deux enfants Matéo et Anaïs, pour tout le bonheur et la joie qu'ils m'apportent tous les jours ;

A mes parents,

A mes grands-parents,

A mes frères et sœurs,

A mes oncles et tantes,

A ma belle-famille,

A mes amis,

Pour la confiance et le soutien qu'ils m'ont apportés;

A notre président de thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT
Psychiatrie d'adultes
Chef de service

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury et de juger ce travail de thèse.
Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A nos juges :

Madame le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT
Endocrinologie diabétologie et maladies métaboliques
Praticien hospitalier

Je vous remercie de prendre part à ce jury.
Que ce travail soit digne de votre confiance.

Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX
Information médicale et évaluation
Praticien hospitalier

Il y a un an, je vous ai rencontré afin de vous présenter cette étude. Vous m'avez alors conseillé d'attendre d'avoir 100 patients pour qu'elle puisse être significative.
Je vous remercie pour cette aide précieuse mais également pour l'analyse de l'étude statistique.
Sachez que je vous en suis très reconnaissante.

Monsieur le Professeur Daniel BUCHON
Médecine générale

Sachez que j'apprécie votre présence parmi ce jury et je vous remercie pour la qualité de votre enseignement clinique et pratique qui restera une référence dans mon exercice professionnel.

Monsieur le Docteur Maxime SODJI

Chirurgie digestive

Praticien hospitalier

Tu m'as fait l'honneur de me proposer le sujet de cette thèse. Je sais qu'après quatre thèses sur l'obésite, celle-ci est l'aboutissement d'un long travail de réflexion et que c'est un sujet qui te tient à cœur.

Je te remercie du soutien que tu m'as apporté tant sur le plan humain que sur le plan professionnel, notamment avec ta participation à l'illustration de la chirurgie bariatrique.

J'espère que ce travail est à la hauteur de tes attentes.

Trouve ici le témoignage du plaisir que j'ai éprouvé en travaillant avec toi, de toute mon admiration et ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Philippe NUBUKPO

Psychiatrie

Praticien hospitalier

Je veux que tu saches que je te suis très reconnaissante pour ta disponibilité et ta gentillesse.

J'espère que cette thèse rend hommage au travail effectué ensemble.

Je te remercie par ailleurs d'accepter d'être l'un de mes juges.

Monsieur le Docteur Jean-François THERME

Psychiatrie

Praticien hospiatalier

Je sais que vous êtes l'un des premiers psychiatre à avoir accepter de participer à la prise en charge psychologique et psychiatrique des obéses.

Je vous remercie très sincèrement de votre présence parmi ce jury.

Je remercie :

Tous les enseignants de la faculté de médecine et les médecins du CHU de Limoges et de l'hôpital de Saint-Yrieix, le Docteur PAUTOUT et le Docteur BOUHET pour m'avoir aidée à devenir ce que je suis aujourd'hui.

Madame BESSE Madeleine qui est l'auteur des dessins de la couverture, illustrant son état psychique avant et après la chirurgie bariatrique.

ABREVIATIONS

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

AFERO : Association Française d'Etudes et de Recherche sur l'Obésité

ALFEDIAM : Association de Lange Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques

SNDL : Société de Nutrition et de Diététique de Langue Française

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé

PLAN

INTRODUCTION

GENERALITES SUR L'OBESITE

I. DEFINITION, EPIDEMIOLOGIE ET CAUSES DE L'OBESITE

II. COMPLICATIONS DE L'OBESITE

III. STRATEGIES THERAPEUTIQUES

APPROCHE PSYCHOSOCIALE ET PSYCHOLOPATHOLOGIQUE DE L'OBESITE

I. ORIGINE DE L'OBESITE

II. ASPECTS PSYCHOSOCIAUX DE L'OBESITE

III. DISCRIMINATION ET INTERACTIONS SOCIALES

IV. CONSEQUENCES PSYCHOPATHOLOGIQUES DE L'OBESITE

NOTRE ETUDE

I. INTRODUCTION

II. RESULTATS DE L'ETUDE

DISCUSSION

CONCLUSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 16

GENERALITES SUR L'OBESITE 18

I. **DEFINITION, EPIDEMIOLOGIE ET CAUSES DE L'OBESITE** 19

1. DEFINITON 19

1.1. Excés de poids 19
1.2. Répartition du tissu adipeux 20

2. EPIDEMIOLOGIE 20

3. CAUSES DE L'OBESITE 21

II. **COMPLICATIONS DE L'OBESITE** 21

1. COMPLICATIONS CARDIO-VASCULAIRES 21

1.1. Insuffisance coronarienne 21
1.2. Insuffisance cardiaque (gauche et droite) 22
1.3. Hypertension artérielle 22
1.4. Trouble du rythme cardiaque et mort subite 22
1.5. Accident vasculaire cérébral 23
1.6. Troubles vasculaires périphériques 23

2. COMPLICATIONS PULMONAIRES 23

2.1. Syndrome d'apnées du sommeil 23
2.2. Hypoventilation alvéolaire ou syndrome de PICKWICK 24

3. COMPLICATIONS METABOLIQUES ET ENDOCRINIENNES 24

3.1. Diabète non insulinodépendant 24
3.2. Dyslipidémie 25
3.3. Hyperuricémie et goutte 25
3.4. Syndrome X ou syndrome plurimétabolique 26
3.5. Anomalies endocriniennes (hormones sexuelles) 26

4. AUTRES COMPLICATIONS 26

4.1. Complications ostéo-articulaires 26
4.2. Complications digestives 27
4.3. Complications gynécologiques et obstétricales 27
4.4. Complications rénales 27
4.5. Complications cutanées 27
4.6. Complications neurologiques 28

4.7. Cancers..... 28
4.8. Complications anesthésiques..... 28
4.9. Complications psychosociales..... 28

III. STRATEGIES THERAPEUTIQUES..... 29

1. ABORD MEDICAL..... 29

1.1. Prévention..... 29
1.2. Diététique..... 30

1.2.1. Choix du niveau énergétique..... 30
1.2.2. Conseils pratiques..... 30
1.2.3. Les raisons d'échec..... 31

1.3. Exercice physique..... 31
1.4. Chimiothérapie de l'obésité..... 31

1.4.1. Inhibiteurs de l'absorption intestinale..... 32
1.4.2. Anorexigènes..... 32
1.4.3. Substances thermogéniques..... 32

1.5. Abords psychologiques..... 33

1.5.1. La psychothérapie de soutien..... 33
1.5.2. Les psychothérapies brèves..... 34
1.5.3. Les thérapies comportementales et cognitives..... 34
1.5.4. Les thérapies de groupe..... 35
1.5.5. Les thérapies familiales..... 35
1.5.6. La psychothérapie d'inspiration psychanalytique..... 35
1.5.7. L'abord spécifique des troubles graves du comportement alimentaire..... 36
1.5.8. L'hypnose..... 36
1.5.9. La relaxation ou la sophrologie..... 36

2. ABORD CHIRURGICAL..... 37

2.1. Indications..... 37
2.2. Contre-indications..... 38
2.3. Conditions d'exécution..... 39
2.4. Techniques chirurgicales..... 39

2.4.1. L'anneau gastrique ajustable..... 40
2.4.2. La gastroplastie verticale calibrée..... 41
2.4.3. Le bypass gastro-jéjunale ou court-circuit gastrique... 42
2.4.4. Le court- circuit pancréatique ou technique de Scopinaro..... 44

APPROCHE PSYCHOSOCIALE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE DE L'OBESITE 45

I. ORIGINE DE L'OBESITE 46

1. DIFFERENTES THEORIES PSYCHOGENES DE L'OBESITE 46

1.1. La théorie psychogène de l'obésité 46
1.2. La théorie de la restriction cognitive 47

2. ASPECTS CHRONOLOGIQUES 48

2.1. Relation précoce mère-nourrisson 48
2.2. Enfance et adolescence 49
2.3. Age adulte 50

3. ASPECTS CULTURELS ET IDEAL SOCIAL 51

3.1. Modèles culturels 51
3.2. Idéal social 51

II. ASPECTS PSYCHOSOCIAUX DE L'OBESITE 52

1. QUALITE DE VIE DE L'OBESE 52

2. STATUT SOCIO-ECONOMIQUE 54

2.1. Statut socio-économique chez la femme 54
2.2. Statut socio-économique chez l'homme 54
2.3. Statut socio-économique chez les enfants 54
2.4. Statut socio-économique et obésité dans les pays en voie de développement 55
2.5. Statut socio-économique et activité physique 55

3. DISCRIMINATION ET INTERACTIONS SOCIALES DE L'OBESE 55

3.1. Scolarité 56
3.2. Professionnel 56
3.3. Au sein du couple et de la famille 57
3.4. Relation avec le système de santé 58

III. PSYCHOPATHOLOGIE DE L'OBESITE 58

1. TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES 59

1.1. Anomalies prandiales 59
1.2. Anomalies extraprandiales 60

2. CONDUITES ADDICTIVES 62

3. TROUBLES DE L'HUMEUR..... 63

4. TROUBLES ANXIEUX..... 64

5. TROUBLES DE LA SEXUALITE..... 65

6. TROUBLES DE LA PERSONNALITE..... 65

NOTRE ETUDE..... 68

I. INTRODUCTION..... 69

1. LES OBJECTIFS..... 69

2. METHODOLOGIE..... 69

2.1. Population de l'enquête..... 69
2.2. Techniques et outils d'enquête..... 70

2.2.1. Etude des caractéristiques générales et chirurgicales de notre échantillon..... 70
2.2.2. Techniques d'enquête..... 71
2.2.3. Outils d'enquête..... 71

3. ANALYSE STATISTIQUE..... 76

II. RESULTATS DE L'ETUDE..... 77

1. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES..... 77

1.1. Répartition par âge..... 77
1.2. Sex-ratio..... 78
1.3. Niveau socio-économique..... 78
1.4. Situation familiale..... 79
1.5. Parité..... 79
1.6. Niveau d'étude..... 79
1.7. Situation professionnelle..... 80

2. DONNEES SUR L'OBESITE..... 81

2.1. Poids..... 81
2.2. IMC..... 82
2.3. Facteurs héréditaires de l'obésité..... 83
2.4. Comorbidités associées à l'obésité..... 83
2.5. Antécédents d'alcoolisme et/ou de tabagisme..... 85
2.6. Antécédents psychiatriques et traitements..... 86

2.7. Début et circonstance de survenue de l'obésité..... 87
2.8. Comportements alimentaires..... 88

3. DONNEES SUR LA CHIRURGIE BARIATRIQUE..... 89

3.1. Type d'intervention..... 89
3.2. Motivation chirurgicale..... 89
3.3. Résultats à un mois..... 90

4. DESCRIPTION DES TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES ET DE LA QUALITE DE VIE..... 90

4.1. Descriptifs des troubles dépressifs et anxieux à partir de l'échelle de Goldberg et du MADRS..... 90
4 .2. Descriptifs des troubles anxieux à partir de l'échelle brève d'anxiété..... 91
4.3. Descriptifs de la qualité de vie à partir de l'échelle d'évaluation de la qualité de vie (SIP révisé)..... 92
4.4. Descriptifs des troubles anxio-dépressifs et de la qualité de vie en fonction de la sévérité de l'obésité..... 92
4.5. Descriptifs des dimensions de la personnalité à partir du TCI..... 95

5. LIENS ENTRE L'OBESITE, LES TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES ET LA QUALITE DE VIE..... 99

5.1. Corrélation entre IMC et antécédents psychiatriques..... 99
5.2. Corrélation sévérité de l'obésité - troubles psychopathologiques et sévérité de l'obésité - qualité de vie..... 99

6. INFLUENCE DU NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE SUR LE PROFIL PSYCHOLOGIQUE..... 100

7. RETENTISSEMENT DES DIFFERENTS FACTEURS DE COMORBIDITE SUR LA QUALITE DE VIE..... 101

8. CONSEQUENCES DU TYPE DE CHIRURGIE SUR LA PERTE DE POIDS ET LES COMPLICATIONS A UN MOIS..... 102

8.1. Corrélation entre le type d'intervention et la perte pondérale à un mois..... 102
8.2. Corrélation entre le type d'intervention et les complications à un mois..... 102

DISCUSSION..... 103

CONCLUSION..... 113

ANNEXES..... 115

ANNEXE n° 1 : Echelle d'anxiété et de dépression de Goldberg..... 116
ANNEXE n° 2 : Echelle de dépression MADRS..... 118
ANNEXE n° 3 : Echelle brève d'anxiété..... 121
ANNEXE n° 4 : Questionnaire de personnalité TCI..... 126
ANNEXE n° 5 : Questionnaire des traits de personnalité VKP..... 138
ANNEXE n° 6 : Echelle d'évaluation de la qualité de vie..... 154

BIBLIOGRAPHIE..... 156

INTRODUCTION

L'obésité morbide est définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 40 ou compris entre 35 et 40 avec des facteurs de risque. Elle représente 0,4% de la population française soit 100000 sujets atteints au moins selon les dernières enquêtes OBEPI. *(1)*
Le Limousin qui avait une prévalence de l'obésité inférieure à la moyenne nationale (enquêtes OBEPI de 1997 et 2000) se caractérise par un nombre plus élevé de sujets classés dans la catégorie d'obésité morbide.

L'obésité morbide est la seule catégorie d'obésité reconnue d'indication chirurgicale par les sociétés savantes et la CNAM. Cette chirurgie de l'obésité dite bariatrique doit être considérée comme une mesure exceptionnelle dont l'indication relève du spécialiste après concertation d'une équipe pluridisciplinaire et notamment psychiatrique.

De nombreuses études scientifiques transversales ou longitudinales ne retrouvent pas plus de pathologies psychiatriques ou de profils psychologiques particuliers chez l'obèse ou le futur obèse. Il n'en reste pas moins qu'il existe des déterminants émotionnels à la genèse de certaines obésités et que les conséquences psychologiques émotionnelles et comportementales jouent un rôle parfois majeur dans la perpétuation de certains surpoids. Par ailleurs, les pathologies psychiatriques et psychologiques représentent un chapitre important des contre-indications de cette chirurgie.

Notre étude a pour objectif de décrire la psychopathologie et la qualité de vie de 100 patients obèses morbides candidats à la chirurgie de l'obésité et de déterminer d'éventuelles caractéristiques psychologiques de la demande de prise en charge chirurgicale. Elle évaluera également les résultats chirurgicaux à un mois.

Dans un premier temps nous allons aborder les généralités concernant l'obésité et la prise en charge chirurgicale, puis les aspects psychopathologiques et sociaux de l'obésité.
Enfin nous exposerons les résultats de l'étude.

GENERALITES SUR L'OBESITE

I. DEFINITION, EPIDEMIOLOGIE ET CAUSES DE L'OBESITE

1. Définition

L'obésité est définie comme un excès de masse grasse (ou tissu adipeux) et non simplement comme un excès de poids. *(2)*

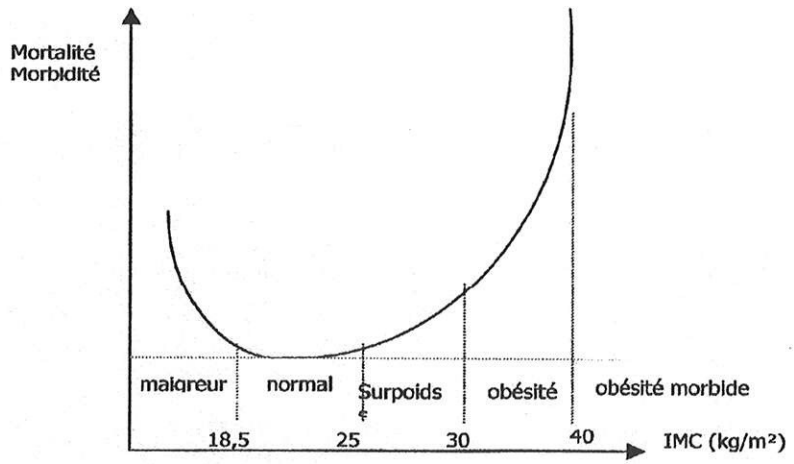
C'est pourquoi l'évaluation de l'obésité repose sur l'analyse de deux paramètres qui jouent un rôle indépendant sur les complications de la maladie : l'excès de poids et la répartition du tissu adipeux. *(3)*

1.1. Excès de poids

En pratique, l'excès de poids est évalué par l'indice de masse corporelle (IMC) ou indice de Quetelet qui est un bon reflet de l'excès de graisse. Il est calculé par le rapport poids (kg) / taille au carré (en m).

Des normes ont été définies par l'OMS en 1998 et sont reconnues dans le monde entier *(4, 5, 6, 7)* : l'obésité est définie par IMC≥30.

L'indice de masse corporelle est défini en fonction du risque de morbidité (apparition d'une maladie) et du risque de surmortalité lié au problème de poids.



- **L'I.M.C. normal, donc lié à un risque minimum, est compris entre 18,5 et 25 kg/m²**
- **Si l'I.M.C. est < 18,5 kg/m², on parle de maigreur**
- **Si l'I.M.C. est compris entre 25 et 30 kg/m², on parle de surpoids**
- **Si l'I.M.C. est > 30 kg/m², on parle d'obésité,**
- **S l'I.M.C. est > 40 kg/m², il s'agit d'obésité morbide, toujours liée à des complications.**

Cependant, il existe des limites à l'IMC qui ne tient pas compte de la composition. Par exemple, certains individus qui sont lourds car ils sont musclés ont un IMC>25 et pourtant ils n'ont pas besoin de maigrir. Il est par contre artificiellement diminué chez les personnes de grande taille.

C'est pourquoi dans la détermination des facteurs de risque de mortalité mais aussi de morbidité, il est nécessaire de tenir compte de la répartition du tissu adipeux.

1.2. Répartition du tissu adipeux

On définit deux types d'obésité en fonction de la répartition de la graisse située dans la partie supérieure du corps :

- l'obésité androïde, abdominale ou centrale appelée également viscérale, car située en profondeur, présente des risques de maladie cardio-vasculaire et d'hypertension artérielle, de diabète et d'excès d'acide urique ;
- l'obésité gynoïde, située dans le bas du corps, glutéo-femorale ou périphérique présente des risques de complications rhumatologiques et d'insuffisance veineuse.

La répartition du tissu adipeux est mesurée par le rapport taille/hanche (RTH).

Le tour de taille est un meilleur indice car mieux corrélé au poids et à l'IMC, aux facteurs de risque cardio-vasculaire ainsi qu'aux complications métaboliques de l'obésité. *(8)*

La valeur seuil pour laquelle la comorbidité augmente est voisine de 100 cm mais ce seuil varie en fonction de l'âge, du sexe et de l'ethnie. *(9)*

2. Epidémiologie

Les données de l'enquête SOFRES *(1)* menée auprès de 20 000 foyers reflètent la situation épidémiologique actuelle de l'obésité. Si l'obésité concerne 9% de la population française, l'obésité morbide reste dans des proportions moindres et les facteurs de variation de la prévalence sont d'interprétation délicate.

On peut tout de même observer que les sujets atteints d'obésité morbide :

- représentent 0,3 à 0,6% de la population adulte ;
- sont le plus souvent de sexe féminin (0,5% contre 0,2% pour l'homme)
- ont une prévalence qui augmente avec l'âge avec un pic entre 45 et 54 ans ;
- sont plus nombreux au sein des catégories socio-professionnelles les plus basses.

3. Causes de l'obésité

L'étiologie de l'obésité est multifactorielle.

On retrouve des facteurs de prédisposition :

- génétiques et /ou constitutionnels (antécédents familiaux, hyperréactivité au stress, efficacité métabolique diminuée traduite par un niveau bas de dépenses énergétiques) ;
- environnementaux (sédentarité, niveau socio-économique, composition de l'alimentation, style de vie).

On note également des facteurs déclenchants :

- changement de statut hormonal ;
- stress ;
- changement de vie (environnement social, familial, professionnel) ;
- troubles du comportement alimentaire ;
- troubles psychologiques (dépression, anxiété) ;
- médicaments.

II. COMPLICATIONS DE L'OBESITE *(10)*

La surcharge pondérale en tant que facteur de risque est impliquée dans de nombreuses pathologies. Son incidence sur la mortalité paraît être significative à partir d'un IMC>30. *(10)*
De plus, la répartition du tissu adipeux joue un rôle non négligeable dans la survenue des complications.
L'obésité androïde est rapportée comme étant plus fréquemment associée au diabète, à l'hypertension artérielle et aux dyslipidémies.
L'obésité gynoïde quant à elle est plus spécifique des troubles veineux et des complications rhumatologiques. *(11)*

1. Complications cardio-vasculaires

1.1. Insuffisance coronarienne

L'incidence des affections coronariennes (angor, mort subite et infarctus du myocarde) augmente avec l'excès pondéral, ceci de façon variable avec le sexe, l'âge et la répartition du

tissu adipeux. Ainsi, la répartition tronculaire de l'adiposité est plus étroitement associée au risque de complication coronarienne que la corpulence. *(10)*
De plus, la durée de l'obésité a une influence non négligeable sur l'importance des complications. *(12)*

1.2. Insuffisance cardiaque (gauche et droite)

L'excès de masse grasse augmente le débit cardiaque et le volume circulant, ce qui accroît la pré-charge et favorise à son tour une hypertrophie ventriculaire gauche. L'hypertension artérielle souvent retrouvée chez l'obèse favorise une augmentation de la post-charge avec hypertrophie du ventricule gauche.
Lorsque des troubles respiratoires liés à la surcharge pondérale (syndrome d'apnées du sommeil) apparaissent, l'hypoventilation alvéolaire résultante augmente les résistances pulmonaires et l'hypercapnie. Ceci est à l'origine d'hypertension artérielle pulmonaire, puis d'insuffisance ventriculaire droite.
L'insuffisance cardiaque globale qui en résulte constitue l'un des aspects les plus graves de l'obésité massive. *(13)*

1.3. Hypertension artérielle

L'hypertension artérielle est trois fois plus fréquente chez les sujets obèses. *(14)*
Elle apparaît plus fréquemment pour des surcharges pondérales minimes, ainsi que pour les obésités à distribution abdominale. Il existe une large majorité des obèses androïdes de plus de 50 ans qui sont hypertendus et le risque de développer une hypertension artérielle serait triplé à partir de 20% d'excès pondéral. *(10)*

1.4. Trouble du rythme cardiaque et mort subite

Selon l'étude Framingham, l'obésité est un facteur prédisposant aux morts subites. Ceci pourrait être expliqué par le fait que, chez un sujet obèse avec des désordres de la fonction du ventricule gauche, l'enregistrement Holter montre la présence très élevée d'extrasystole ventriculaire. La relation entre extrasystole ventriculaire et mort subite est donc probable. *(13)*

1.5. Accident vasculaire cérébral

La prévalence des thromboses cérébrales augmente chez l'obèse, et notamment dans l'obésité androïde. La fréquence des accidents vasculaires cérébraux double chez les sujets qui ont le rapport taille/hanche le plus élevé.
L'effet de l'adiposité abdominale s'ajoute à l'hypertension artérielle, à tel point qu'une étude suédoise a montré que le risque d'accident vasculaire cérébral est sept fois plus important chez un homme ayant une surcharge abdominale avec antécédent artériel. *(10)*

1.6. Troubles vasculaires périphériques

L'incidence de l'artérite des membres inférieurs n'est pas augmentée mais les problèmes veineux sont eux plus fréquents. Ceci se caractérise par l'œdème et/ou par l'apparition de varices.
La répartition du tissu adipeux joue un rôle non négligeable puisqu'un tiers des obèses gynoïdes ont des varices.
Le problème le plus préoccupant est celui des risques thromboemboliques. Il est multiplié par 1,33 chez la femme obèse enceinte et par 2 en post opératoire chez le sujet de plus de 100 kilos. *(13)*

2. Complications pulmonaires

Elles sont sous-estimées car fréquentes chez les obèses pour lesquels la dyspnée est attribuée au surpoids. Les conséquences sur la fonction pulmonaire peuvent être redoutables : l'hypoxémie devient préoccupante lorsqu'elle est associée à un syndrome d'apnées du sommeil ou un syndrome d'hyperventilation alvéolaire. *(15, 16)*

2.1. Syndrome d'apnées du sommeil

Le syndrome d'apnées du sommeil se définit par l'arrêt du flux aérien pendant au moins dix secondes et par une fréquence supérieure à cinq fois par heure. Le symptôme majeur est l'hypersomnolence diurne. Les autres signes fonctionnels sont : la diminution du rendement intellectuel, les troubles de la mémoire, les troubles de l'attention, l'irritabilité, la modification de la personnalité, les troubles de la libido, l'impuissance, des épisodes de

comportements automatiques, des troubles du sommeil avec des réveils fréquents, des ronflements, des réductions du sommeil paradoxal.

Le syndrome d'apnées du sommeil peut se voir dès l'apparition du surpoids même peu important, mais dans les obésités massives (IMC>40 kg/m²), on le retrouve chez plus de 25% des patients.

Les complications engendrées par ce syndrome sont :

- la polyglobulie ;
- l'hypoxémie nocturne ;
- l'hypoventilation alvéolaire ;
- l'hypertension artérielle pulmonaire source d'insuffisance cardiaque droite ;
- les complications cardio-vasculaires : hypertension artérielle systémique, troubles du rythme et de la conduction, risque de mort subite ;
- les conséquences familiales et sociales ;
- les accidents du travail, les accidents de voie publique. *(16,17)*

2.2. L'hypoventilation alvéolaire ou syndrome de PICKWICK

Il s'agit d'une forme sévère du syndrome d'apnées du sommeil : elle associe une hypoxémie et une hypercapnie. Sa prise en charge doit être rapide dans un service de soins intensifs. *(18)*

3. Complications métaboliques et endocriniennes

L'obésité viscérale joue un rôle prépondérant dans l'apparition des complications métaboliques : intolérance au glucose ou diabète non insulino-dèpendant, hypertriglycéridémie et hypoHDLémie. *(19)*

3.1. Diabète non insulinodépendant

La prévalence du diabète non insulinodépendant ou diabète de type 2 est trois fois plus élevée chez les sujets obèses par rapport aux sujets minces. *(4,20)*

Il existe quatre facteurs déterminants dans l'apparition du diabète non insulinodépendant :

- sévérité de l'obésité ;
- durée de l'obésité ;
- répartition viscérale de l'adiposité ;
- prise de poids à l'âge adulte.

L'obésité androïde s'accompagne d'un état d'insulinorésistance. *(20, 15)*

L'évolution vers le diabète est difficilement prévisible. L'existence préalable d'anomalies primitives de la sécrétion d'insuline est probablement indispensable : le diabète apparaîtra si ce déficit en insulinosécrétion est si important que les cellules bêta ne peuvent plus faire face à cette demande accrue en insuline pour métaboliser correctement le glucose.
En pratique clinique, tout obèse androïde doit être considéré comme sujet à risque de diabète.

3.2. Dyslipidémie

Leur prévalence est cinq fois plus importante chez l'obèse par rapport à la population générale.
Les anomalies lipidiques les plus fréquentes dans l'obésité sont :

- l'hypertriglycéridémie pure (phénotype IV) ;
- l'hyperlipidémie mixte (phénotype II b).

Ceci s'explique par l'excès du tissu adipeux viscéral caractérisé par une baisse du HDL cholestérol et la présence de LDL petits et denses très athérogènes (avec une augmentation de l'apolipoprotéine B) et l'augmentation de la synthèse hépatique des triglycérides à partir des acides gras libres en grande quantité. *(20)*

3.3. Hyperuricémie et goutte

Elle est très souvent rencontrée, notamment lors d'amaigrissement rapide. *(15)*

3.4. Syndrome X ou syndrome plurimétabolique

La définition de ce syndrome regroupe plusieurs facteurs de risque cardiovasculaires principaux comme le diabète ou l'intolérance glucidique, les troubles lipidiques, l'hypertension artérielle, auxquels se sont ajoutés d'autres troubles dont les troubles hémorhéologiques, la diminution de la fibrinolyse, la microalbuminurie et la dysfonction endothéliale. C'est l'association de ces facteurs de risque à l'obésité abdominale qui constitue ce syndrome métabolique.

3.5. Anomalies endocriniennes (hormones sexuelles)

En cas d'obésité chez la femme, les androgènes sont transformés en oestrones. L'hyperoestrogénie est à l'origine d'hyperplasie de l'endomètre, de cancer du sein et de l'utérus, de menstruation plus précoce et d'un épaississement de la capsule des ovaires avec augmentation des follicules atrésiques réalisant le syndrome des ovaires poly kystiques. *(21)*
L'homme obèse est souvent sujet à l'hypogonadisme. *(20)*

4. Autres complications

4.1. Complications ostéo-articulaires

La surcharge pondérale peut être un facteur déclenchant de certaines pathologies arthrosiques comme la gonarthrose. Mais elle est indéniablement un facteur aggravant de nombreuses pathologies rhumatismales comme les nécroses ischémiques de la tête fémorale, les dorsalgies, la coxarthrose et certaines pathologies périarticulaires (tendinites, talalgies plantaires). *(21, 22)*
L'ensemble de ces facteurs favorise la sédentarité et l'inactivité physique des patients ce qui majore le surpoids.
Il existe cependant un facteur positif de l'excès de la masse grasse : le rôle protecteur de l'ostéoporose favorisé par l'hyperoestrogénie chronique (conversion intraadipocytaire des androgènes) et par conséquent la diminution du risque fracturaire chez la femme obèse ménopausée. *(21)*

4.2. Complications digestives

La stéatose hépatique est retrouvée dans 60 à 90% des cas chez l'obèse, notamment dans l'obésité morbide, mais heureusement rarement compliquée de lésions inflammatoires ou fibroses portales. *(23)*

Les lithiases biliaires sont beaucoup plus fréquentes chez l'obèse que chez un sujet de poids normal surtout chez la femme (14,3% avec un IMC >27). *(8)*

La perte de poids et les régimes hypocaloriques favorisent la formation de calcul biliaire.

Les hernies hiatales et le reflux gastro-oesophagien font également partie des complications.

4.3. Complications gynécologiques et obstétricales

On note des dysfonctions ovulatoires et des anomalies de la fertilité (syndrome des ovaires polykystiques à l'origine de nombreuses résistances au traitement de la stérilité). *(24, 21)*

Chez la femme enceinte, les risques dus à l'obésité sont accrus :

- diabète gestationnel ;
- hypertension artérielle gravidique, prééclampsie, éclampsie *(10)* ;
- augmentation du risque de délivrance par césarienne ;
- risque de macrosomie ;
- délivrance prématurée ;
- décès de l'enfant dans la première année de vie. *(25, 10)*

4.4. Complications rénales

Elles sont peu documentées et plus souvent attribuées aux pathologies associées à l'excès de poids. On peut revenir cependant sur la glomérulosclérose segmentaire et focale *(25)* et sur la protéinurie importante dans l'obésité massive avec IMC >40. *(21)*

4.5. Complications cutanées *(27)*

Les plus fréquentes sont :

- hypersudation ;
- intertrigos, ulcères veineux et artériels ;
- acanthosis nigricans liés à l'insulinorésistance et à l'hyperinsulinisme.

4.6. Complications neurologiques

L'hypertension intracrânienne bénigne est à l'origine de complications oculaires. *(21)*

4.7. Cancers

L'incidence de certains cancers est augmentée chez le sujet obèse.
Ce sont principalement des cancers hormonodépendants. Il s'agit de cancers de l'endomètre, de l'ovaire et du sein après la ménopause en ce qui concerne la femme, et du cancer de la prostate pour l'homme. Mais il existe un risque accru de cancer colorectal chez l'homme et des voies biliaires chez la femme.

4.8. Complications anesthésiques

Le risque opératoire est élevé chez l'obèse. Il existe d'une part des difficultés techniques pour la réalisation de l'acte anesthésique (accès veineux, intubation trachéale, anesthésie locorégionale), et, d'autre part, des difficultés liées aux pathologies cardiovasculaires, respiratoires et même digestives (lors de hernie hiatale, il existe des risques de pneumopathies d'inhalation). *(28,29, 30)*

4.9. Complications psychosociales

Toutes les études destinées à mettre en évidence un profil psychologique particulier et susceptible d'expliquer le développement d'une obésité se sont révélées négatives. Il existe en revanche des traits de personnalité assez fréquemment retrouvés chez l'obèse : perturbation de l'image de soi et manque de confiance en soi. Ces traits sont probablement des conséquences et non des causes de l'obésité.

III. STRATEGIES THERAPEUTIQUES

1. Abord médical

En 2001, le « Programme National Nutrition Santé » lancé par la Direction Générale de la Santé (DGS) et la récente loi de programmation de santé (2003) témoignent de la prise en compte par les pouvoirs publics de la gravité et de la portée de ce problème de santé publique.
C'est un traitement qui ne se limite pas à la simple prescription d'un régime, mais qui résulte plutôt d'une coopération médicale visant la prévention de la prise de poids, voire la perte de poids et le maintien de cette perte de poids, le traitement des facteurs de risque et la prise en charge psychologique et sociale.

1.1. Prévention

Compte tenu des échecs thérapeutiques de l'obésité, l'objectif actuel est de prévenir la prise excessive de poids et ceci dès le plus jeune âge.
Deux types de prévention ont été recommandés au cours du congrès international de l'obésité de septembre 1998 : *(20)*

- associer un équilibre alimentaire à une activité physique, sans chercher à obtenir un poids inférieur. En effet, ce comportement de restriction est à l'origine de problème de comportement alimentaire, de déséquilibre nutritionnel et de trouble psychologique ; *(31)*
- la communication nutritionnelle assurée par l'industrie agroalimentaire et la grande distribution doit viser à rétablir un code de bonne pratique.

De plus, les objectifs pondéraux ne sont plus une perte importante du poids de 10 à 15% par rapport au poids initial, mais surtout son maintien, ou encore le traitement des complications cardiovasculaire et métabolique, constituant un résultat bénéfique pour la santé.
Mais avant tout, il faut restaurer l'estime de soi et la confiance pour lutter contre l'exclusion et la réprobation injustifiée de l'obèse.

1.2. Diététique

Lorsque l'on prescrit un régime alimentaire hypocalorique, il est nécessaire de choisir le niveau calorique adapté au patient, et surtout de ne pas induire des carences en macronutriments (glucide, lipide et protéine), ainsi qu'en vitamines, minéraux et oligoéléments. Ces derniers doivent d'ailleurs être apportés en supplément dans les régimes dont les apports énergétiques sont inférieurs à 1200 kcal/jour.
De plus il est important d'insister sur la nécessité d'un apport hydrique suffisant, surtout pour éviter les risques de lithiase urinaire.

1.2.1. Choix du niveau énergétique

Le premier point est de mettre en place un régime peu restrictif par rapport aux besoins du sujet, c'est-à-dire un apport fixe à deux tiers des dépenses habituelles, ceci avec une répartition harmonieuse de 20% de protéines, 50% de glucides (moins de 10% de sucres simples) et moins de 35% de lipides.
Les régimes restrictifs à basses (800 à 1200 kcal/jour) ou très basses calories (moins de 800 kcal/jour) sont très limités (source de mauvaise tolérance, nécessité d'une activité physique limitée, avec des contre-indications médicales) *(9)*, et réservés à des patients obèses souffrant de troubles respiratoire et cardiaque nécessitant une perte de poids rapide.

1.2.2. Conseils pratiques

Un régime alimentaire est un acte thérapeutique qui nécessite un bouleversement du mode de vie des patients. C'est pourquoi il doit être efficace et supportable, et les conseils doivent être précis mais souples :

- diminuer la quantité calorique des repas (donner des fiches conseils sur la densité calorique des aliments) ;
- augmenter le rapport glucide/lipide des repas ;
- éviter les boissons sucrées, jus de fruits et alcool (consommation calorique sous forme liquide) ;
- éviter de manger en regardant la télévision ;
- fractionner les repas en 3 à 6 prises au cours de la journée.

1.2.3. Les raisons d'échec

Une approche diététique est indispensable dans tout régime, mais il semble que sur le long terme, cela ne soit pas efficace et que plus de 90% des patients reprennent leur poids perdu. *(9)*

Deux raisons sont avancées :

- le problème de restriction cognitive *(32)* qui entraîne un sentiment de privation, de frustration ou même d'obsession alimentaire à l'origine des troubles du comportement alimentaire ;
- les espoirs de perte de poids sont souvent démesurés pour le patient, qui très vite déçu, abandonne les efforts consentis. *(33)*

1.3. Exercice physique

L'activité physique, même à petites doses, permet d'augmenter les dépenses énergétiques en brûlant les lipides et en préservant la masse maigre. Elle permet d'améliorer la pression artérielle et le diabète.

De plus, la pratique d'un sport permet d'augmenter la confiance en soi, l'estime de soi et même d'éprouver un bien être. Il faut cependant être mesuré dans la prescription d'exercice physique, et l'adapter à chaque individu en prenant compte des limitations réelles de celles qu'ils se sont construites ; il faut leur apprendre à se mouvoir sans douleur pour obtenir un bien être, et que l'exercice ne soit plus une contrainte afin de lutter contre la sédentarité.

1.4. Chimiothérapie de l'obésité

A l'heure actuelle, les efforts de compréhension de la physiopathologie de l'obésité ont permis une avancée considérable dans les mécanismes pharmacologiques de contrôle pondéral.

Certains médicaments ont été retirés du marché du fait d'effets secondaires néfastes pour la santé :

- la fenfluramine pouvait provoquer des hypertensions artérielles primitives ;
- les médicaments amphétamines dérivés de la phényléthylamine provoquaient des troubles graves du comportement et exposaient à l'accoutumance. *(8, 34,35)*

Certains mécanismes d'action décrits ci-dessous sont déjà utilisés, alors que d'autres ne sont qu'au stade de recherche, et leurs applications cliniques nécessitent la démonstration de leur efficacité et le ciblage de leur indication.

1.4.1. Inhibiteurs de l'absorption intestinale

Inhibiteur des lipases digestives, la Tetrahydrolipstatine commercialisée sous le nom de XENICAL, diminue de 30% l'absorption des triglycérides alimentaires, ce qui explique ses principaux effets secondaires : stéatorrhée proportionnelle à l'importance des lipides ingérés. *(9)*

Elle permet une perte de poids de 10% à un an. *(8)*

1.4.2. Anorexigènes

Inhibiteur sélectif de la recapture de la noradrénaline, de la sérotonine et de la dopamine, la Sibutramine est commercialisée sous le nom de SIBUTRAL.

Les trois neurotransmetteurs, impliqués dans le déclenchement de la prise alimentaire, vont être inhibés et ainsi permettre d'induire une sensation de satiété.

Les seuls effets indésirables sont dus aux effets sympatomimétiques : augmentation de la fréquence cardiaque, augmentation de la pression artérielle, sécheresse buccale, constipation et asthénie. *(9, 28,21)*

L'efficacité à un an est similaire aux autres traitements.

1.4.3. Substances thermogéniques

L'éphédrine associée à la caféine augmente les dépenses énergétiques et donc la perte de poids. Assez bien tolérés à court terme, les effets secondaires sont la tachycardie, l'hypertension artérielle et la nervosité.

1.5. Abords psychologiques

De nombreuses études ont démontré l'importance de la prise en charge psychothérapeutique chez les patients obèses désirant perdre du poids. *(36)*

La souffrance et les handicaps le justifient toujours, même si la demande n'est pas d'ordre psychologique mais plutôt visant le seul régime, une hygiène alimentaire ou une restriction véritable.

Ce n'est qu'au bout de plusieurs séances permettant de déterminer des troubles psychologiques ou des problèmes émotionnels déjà existants, que le projet thérapeutique pourra être mis en place.

Au plan psychologique, on prendra en compte :

- le type de demande ;
- les symptômes d'anxiété et/ou de dépression ;
- les systèmes de défense du sujet (trouble des conduites alimentaires) ;
- l'importance de la régression ;
- les éventuels bénéfices secondaires liés à l'état d'obésité ;
- le climat environnemental, psychosocial, professionnel, familial du sujet.

Une prise en charge conjointe faite par un psychiatre ou un psychologue et un nutritionniste semble donc être la meilleure. *(37)*

Cependant il faut préciser les limites de ces méthodes, avec une perte de poids au long court n'excédant pas 15 à 20%, et ce seulement s'il existe un investissement personnel. *(38)*

Plusieurs méthodes psychothérapeutiques sont actuellement utilisées :

1.5.1. La psychothérapie de soutien

Elle se compose d'une séance tous les quinze jours. Elle permet une écoute pour découvrir la nature de la demande mais aussi pour apporter des réponses sur les contraintes, les modifications psychologiques imposées par le régime.

En règle général, il suffit de dix ou quinze séances pour aider le sujet à reprendre confiance en lui, et assumer l'image de son corps se modifiant.

1.5.2. Les psychothérapies brèves

C'est également un moyen d'aborder et même de traiter tous les conflits par une relation active entre le patient et le psychiatre.
Cette thérapie suppose une amélioration des symptômes au bout de cinq à dix séances. Si ce n'est pas le cas, la prise en charge peut être faite par une thérapie comportementale et cognitive ou une psychothérapie d'inspiration psychanalytique. *(39)*

1.5.3. Les thérapies comportementales et cognitives (TCC)

L'approche comportementale est basée sur l'observation des comportements alimentaires et notamment ceux conduisant à une prise de poids, en cherchant à définir les facteurs déclenchant de tels comportements.
Pour y répondre, les patients doivent remplir un carnet alimentaire dans lequel ils inscrivent tous les aliments consommés dans une journée ainsi que le lieu, les circonstances de leur consommation et l'état émotionnel.

Exemple de carnet alimentaire

Date / Heure	**Aliments**	**Où**	**Comment**	**Avec qui**	**Pensées / Emotions**
10/03/03 à 10 h	3 pruneaux	Bureau	Assise	Seule	Enervée par le coup de téléphone d'un supérieur
à 12 h 30	salade verte rôti de veau haricots verts fromage pain un fruit un café sucré 3 biscuits	Cantine	Assise	Collègues	Repas agréable
à 17 h	une barre de chocolat	Maison	Assise	Enfants	Goûter sympathique avec les enfants

Ceci permet de prendre conscience de ses habitudes alimentaires, des situations déclenchant des prises alimentaires et de se sentir responsable de soi- même.
Ainsi les objectifs thérapeutiques sont fixés avec le patient qui travaille activement à résoudre ses difficultés, notamment au travers de tâches assignées, de but à atteindre entre les séances. Cette étape est essentielle pour aborder la restructuration cognitive permettant de corriger les pensées dysfonctionnelles concernant le poids et l'alimentation, afin de se recentrer sur les sensations internes de faim, de plaisir et de satiété. *(40)*

1.5.4. Les thérapies de groupes

Différents types de prise en charge ont été envisagés, notamment aux USA, mettant en avant le support émotionnel, la pression sociale ou le groupe d'entraide qui permettent une réassurance par un transfert latéral vécu comme moins prégnant que celui des psychothérapies.

1.5.5. Les thérapies familiales

De nombreuses études, notamment chez les enfants obèses *(41)*, ont permis de mettre en évidence une relation entre l'apparition et la pérennisation des troubles psychologiques chez les patients obèses et leur dépendance excessive à leur entourage. *(42)*
Ces données iraient dans le sens d'une prise en charge familiale, notamment dans l'obésité infantile, non seulement sur le plan diététique mais aussi sur le plan psychologique et psychiatrique. *(43, 44)*

1.5.6. La psychothérapie d'inspiration psychanalytique (PIP)

Elle repose sur les mêmes bases que la psychanalyse, mais visent plus le renforcement des défenses du sujet que l'analyse du transfert. *(45)*
Son mécanisme d'action repose sur l'instauration d'un transfert même s'il n'est pas clairement perçu. Elle s'effectue en face à face avec un nombre et une durée limités de séances (une à deux séances sur une à trois années).
L'indication de cette méthode concerne les patients anxio-dépressifs souffrant de troubles du comportement alimentaire sévère, à condition que les capacités de mentalisation le permettent.

1.5.7. L'abord spécifique des troubles graves du comportement alimentaire

Il se décompose en deux volets : *(46, 47)*

- le volet diététique consiste à restaurer l'idée que manger est un plaisir et à établir un contrat stipulant que le sujet ne doit pas chercher à maigrir. Il doit prendre trois repas par jour et une ou deux collations, il doit consommer du pain ou des féculents à chaque repas, il ne doit pas sauter de repas même en cas de crise boulimique, et il doit éliminer tout traitement médicamenteux de type amphétamine ou diurétique ;
- le volet psychologique : la psychothérapie menée parallèlement devra être souple, active et prudente.

1.5.8. L'hypnose

Chez des patients en surpoids modéré l'efficacité est reconnue, notamment en association avec des thérapies de groupe. *(36)*

1.5.9. La relaxation ou la sophrologie

La relaxation est une thérapeutique d'appoint qui permet le contrôle des réactions émotionnelles face au stress et évite ainsi des prises alimentaires intempestives.
La plupart des procédés de relaxation actuels sont inspirés des exercices décrits par Jacobson et par Schultz. Le point commun de ces thérapeutiques est l'obtention d'une détente et d'une baisse de la tension nerveuse.
La sophrologie permettra d'harmoniser le corps et la tête, de retrouver une complicité avec son corps, de s'offrir un moment de pause et de présence à soi.

La prescription diététique, la réduction des comportements sédentaires et la promotion de l'activité physique, les approches comportementales et la prise en charge psychologique doivent généralement être associées. Les aides médicamenteuses ne sont envisagées qu'après échec des mesures précédentes et sur avis spécialisés. Cependant même en association ces différents types de prise en charge n'ont pas montrés leur efficacité sur le long terme.
Et ceci est d'autant plus vérifié dans l'obésité morbide où les traitements médicaux connaissent certaines limites et sont grevés d'un taux de rechutes important. *(48,49)*

2. Abord chirurgical

La chirurgie digestive de l'obésité (que l'on appelle aussi chirurgie « bariatrique »), vise à réduire les apports alimentaires et/ou favoriser une malabsorption.

Les professionnels ont établi des références sur la chirurgie digestive de l'obésité. En 1998, des « recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités » ont été publiées par trois sociétés savantes : l'Association française d'études et de recherche sur l'obésité (Afero), l'Association française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques (Alfediam) et la société de nutrition et de diabétologie de langue française (SNDLF). Ces recommandations ont reçu le label méthodologique de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (Anaes).

En mai 2000, l'Anaes a publié un rapport sur la chirurgie de l'obésité morbide de l'adulte pour évaluer les principales interventions sur le plan bénéfices/risques. *(50)*

Dans ces deux rapports, la place de la chirurgie bariatrique, ses indications, ses contre-indications, ses conditions d'exécution sont clairement définies.

2.1. Indications

La chirurgie est indiquée après échec du traitement médical bien conduit (diététique, activité physique, psychothérapie), et d'une durée suffisante d'au moins un an, en cas d'obésité morbide avec un IMC $\geq$40 kg/m². Les indications concernent également des formes majeures d'obésité avec un IMC entre 35 et 40 kg/m² associées à des comorbidités graves non contrôlées par le traitement médical. *(4, 17, 20)*

Elle ne peut être pratiquée que chez des patients informés (avantages, inconvénients, risques et suites possibles de l'intervention) et motivés (nécessité d'un suivi prolongé pendant plusieurs années par chacun des spécialistes, mais aussi de réunions de groupe dirigé par le chirurgien, le psychothérapeute et la diététicienne, afin d'exposer les problèmes liés à la chirurgie, ou le retentissement psychique lié à la perte de poids), par un chirurgien expérimenté dans ce domaine et avec l'aide d'une équipe entraînée à l'anesthésie et la réanimation des sujets obèses.

2.2. Contre-indications

Les contre-indications absolues sont avant tout celles de l'anesthésie et de la chirurgie avec les pathologies intercurrentes (cancer, insuffisance hépatique et rénale, cardiopathie grave, trouble surrénalien ou thyroïdien, grossesse, trouble digestif tel que reflux gastro-oesophagien, troubles moteurs de l'œsophage et maladie de Crohn,).

Il existe des contre-indications psychiatriques absolues qui sont peu nombreuses :

- troubles du comportement alimentaire : boulimie, anorexo-boulimie ;
- schizophrénies, troubles délirants et psychoses chroniques ;
- troubles addictifs liés à l'utilisation actuelle et continue de substances psycho-actives : alcoolisme et toxicomanies ;
- troubles de l'humeur sévères, non stabilisés ;
- absence de consentement éclairé (retard mental...). *(51)*

Les contre-indications psychiatriques relatives sont :

- troubles de l'humeur modérés ;
- troubles anxieux non stabilisés (anxiété généralisée, troubles obsessionnels compulsifs, troubles phobiques) ;
- troubles graves de la personnalité ;
- présence dans les antécédents d'un épisode psychopathologique franc mais actuellement résolu (tentatives de suicide, épisode dépressif...) ;
- attentes irréalistes et idéalisation « magique » du traitement et/ou mauvaise compliance.

En fait, toutes les pathologies psychiatriques posent un problème de compliance au traitement et au respect du protocole.

Les troubles psychologiques du registre des troubles de la personnalité mais aussi des troubles anxieux, des états dépressifs non graves, des troubles de l'humeur stabilisés, ne sont quant à eux pas des critères d'exclusion absolus des candidats à la chirurgie. *(52)* Ils nécessitent une évaluation au cas par cas de la part du psychiatre. C'est pour cela que l'on trouve dans de nombreuses études se rapportant à la gastroplastie, l'importance d'une évaluation et d'une prise en charge psychologique des candidats à la chirurgie, mais aussi le suivi à court et à moyen terme. *(51,52, 53)*

Il existe également des contre-indications relatives : problèmes financiers et conjugaux majeurs. *(54, 55)*

2.3. Conditions d'exécution

La chirurgie de l'obésité doit être considérée comme une mesure exceptionnelle, dont l'indication relève du spécialiste. Elle ne doit être envisagée qu'après une évaluation par une équipe multidisciplinaire composée de spécialistes :

- un médecin nutritionniste ;
- un médecin endocrinologiste ;
- un médecin psychiatre ;
- un médecin pneumologue ;
- un médecin gastro-entérologue ;
- un médecin anesthésiste ;
- un(e) diététicien(ne) ;
- un(e) psychologue.
- un chirurgien de l'obésité qui centralise les réponses après s'être assuré des indications, des contre-indications et de la compréhension du geste chirurgical ; puis il pourra prendre la décision de l'intervention.

2.4. Techniques chirurgicales

Le traitement chirurgical de l'obésité morbide est utilisé dans le monde depuis plus de trente ans. *(56, 57, 58, 59, 60)*

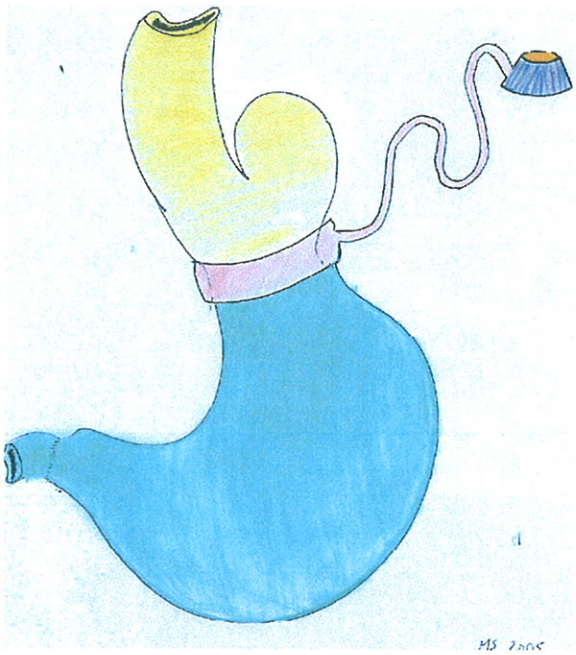
Aujourd'hui deux grands types d'intervention sont pratiqués. D'une part, celles qui entraînent une restriction de la capacité gastrique : ce sont les gastroplasties par anneau ajustable ou les gastroplasties verticales calibrées (par agrafes). A deux ans leur efficacité sur la perte de poids est comparable (réduction de l'excès de poids initial de l'ordre de 50 à60% pour ces deux techniques). *(61, 62, 63)* D'autre part, celles qui combinent une réduction gastrique et une malabsorption : il s'agit du bypass gastrique et de la dérivation bilio-pancréatique. A deux ans, leur efficacité sur la perte de poids est supérieure aux deux techniques précédentes, soit plus de 70% de l'excès de poids initial. *(58, 59, 60, 64)*

Depuis 1993, ces interventions se font majoritairement sous coelioscopie. Cette voie d'abord a permis d'améliorer le confort du patient avec un retour plus rapide à la vie active et surtout

une baisse des complications (abcès, éventration, éviscération...) qui constituent les principales causes de morbidité. La mortalité post opératoire de la chirurgie gastrique, toutes techniques confondues, est inférieure à 1%. *(55)*

2.4.1.L'anneau gastrique ajustable

Il consiste à implanter un anneau périgastrique gonflable au niveau de la partie supérieure de l'estomac, relié par un cathéter à un réservoir sous cutané (permettant d'actionner un resserrage post opératoire par gonflage de l'anneau ou inversement).



Gastroplastie par Anneau modulable

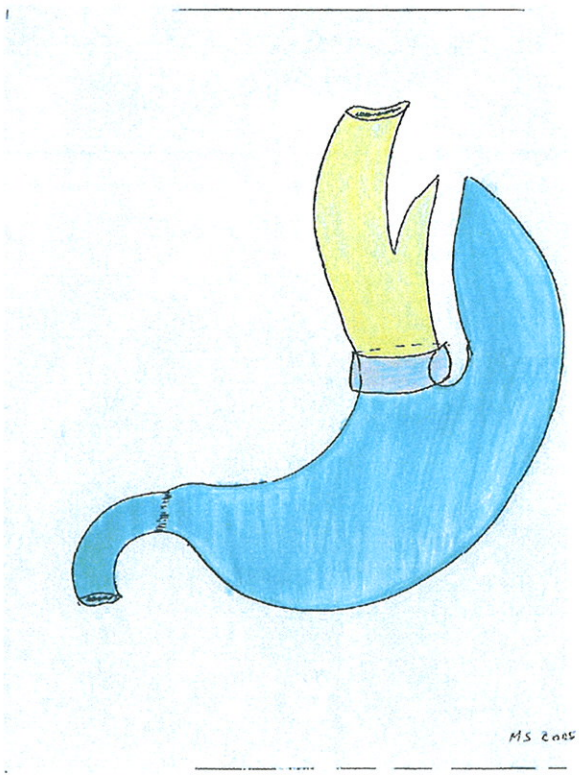
C'est la technique la plus largement utilisée depuis 1994, (plus de 7000 actes en 2000, 10 000 en 2001) par sa réalisation relativement aisée sur le plan technique et sa réversibilité possible qui évite l'ouverture du tube digestif. Elle s'adresse à des personnes capables de changer de comportement alimentaire et de mode de vie pendant et après la période d'amaigrissement.
La principale complication est la dilatation secondaire de la poche gastrique par glissement ou slippage gastrique, qui survient dans 20% des cas dans les 3 ans et qui est à l'origine des vomissements, de reflux gastro-oesophagien, d'oesophagite. Les modifications de la technique ont pu prévenir l'apparition de cette complication, en réalisant de multiples sutures gastro-gastriques et en modifiant le positionnement de l'anneau (positionnement rétro-oesophagien de la partie postérieure de l'anneau au dessus de la bourse omentale, dans l'arrière cavité des épiploons qui correspond à la technique suédoise). *(65)*

D'autres complications sont décrites dans la littérature : migration et infection d'anneaux, fuites et pertes d'étanchéïté de l'anneau, érosion et perforation gastrique par migration intragastrique, nécroses gastriques par prise alimentaire massive et/ou resserrage trop important, infection et retournement du boîtier, rupture du cathéter. *(66)*
Toutes ces complications nécessitent une nouvelle intervention qui consiste essentiellement en un repositionnement de l'anneau ou de son ablation. *(67)*

2.4.2.La gastroplastie verticale calibrée

Selon la technique de Mason *(68, 69)*, elle consiste à faire une partition verticale de l'estomac par agrafe linéaire, parallèle à la petite courbure jusqu'à l'angle de Hiss de façon à la diviser en deux poches communicantes, l'une proximale de capacité restreinte de 15 à 30 ml qui se vide par un chenal constitué d'un anneau de Silastic de diamètre 10 à12 mm non ajustable. *(70)* Il n'y a ni ouverture ni anastomose digestive. *(57,60)*

Gastroplastie verticale calibrée

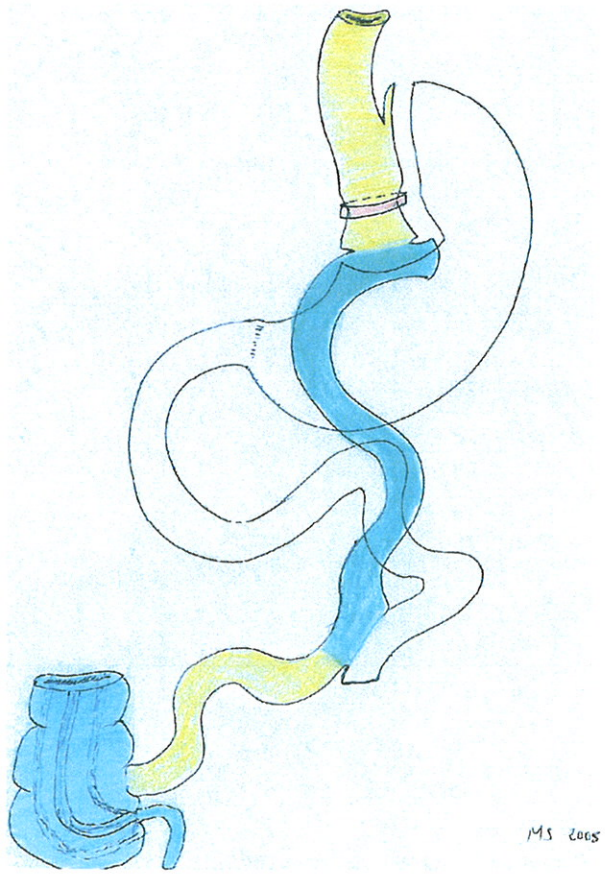


Cette technique peut être réalisée sous coelioscopie mais suppose une hospitalisation plus longue et les risques chirurgicaux sont plus importants. Elle s'adresse de préférence à ceux qui seront à priori incapables de changer durablement de mode de vie et qui auront besoin d'une aide.

Les complications sont rares et principalement sténose de l'estomac et fistules au niveau de la ligne d'agrafes. *(55)* Une des nombreuses variantes de cette intervention est la technique de Mac Lean qui permet d'éviter cette complication, en remplaçant l'agrafe par une transsection de la poche gastrique qui sépare complètement le fundus du reste de l'estomac. *(50)*
L'inconvénient majeur de la gastroplastie verticale calibrée est la fréquence des vomissements et les mesures très contraignantes au niveau de l'alimentation. Il faut fractionner la prise alimentaire en plusieurs petits repas. Il faut également prévenir les risques de carences en vitamine B1 et en fer.

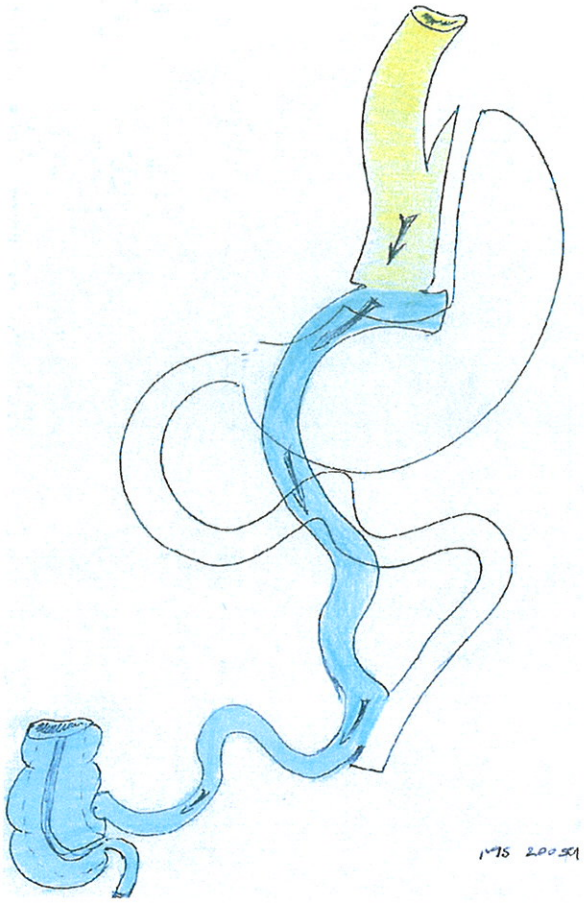
2.4.3.Le bypass gastro-jéjunal ou court-circuit gastrique

Cette intervention est très pratiquée aux USA. *(71)*
Le mécanisme du court-circuit est mixte restrictif et malabsorptif. Il consiste en une trans-section par agrafe verticale de l'estomac créant une poche proximale qui peut être calibrée (schéma n° 1) ou non calibré (schéma n° 2), de capacité restreinte (environ 20 ml) dans la quelle arrivent les aliments, reliée directement au jéjunum par une anse en Y plus ou moins longue (150 à 75 cm), qui permet de moduler le défaut d'absorption intestinale. *(72, 73)* Une des poches en Y reçoit le drainage de la poche gastrique, et l'autre évacue les sécrétions bilio-pancréatiques par le grêle proximal.



Court-circuit gastrique ou bypass

Schéma n° 1
(Version calibrée)



Court-circuit gastrique ou bypass

Schéma n° 2

(Version non calibrée)

C'est une intervention plus délicate sur le plan technique que les deux précédentes, notamment lorsqu'elle est pratiquée sous coelioscopie. Le risque opératoire est élevé et est essentiellement lié aux anastomoses gastro-jéjunales.

Le confort alimentaire est supérieur aux méthodes restrictives. Elle s'adresse aux grignoteurs et aux amateurs de boissons sucrées, ainsi qu'aux échecs des autres techniques.

La principale complication fonctionnelle est le « Dumping syndrome » (malaise avec tachycardie, nausées, diaphorèse, douleurs abdominales et diarrhée) lié au passage rapide des aliments dans l'intestin.

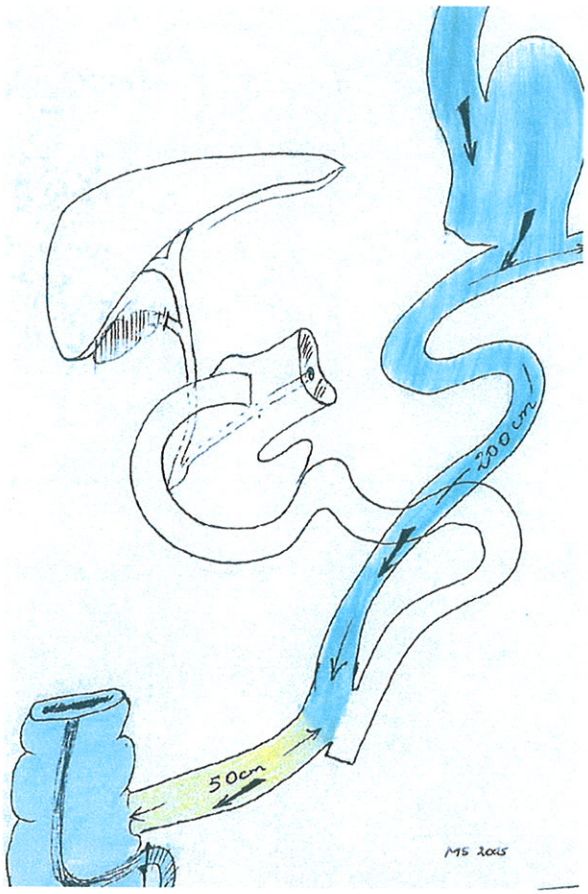
Les autres complications sont : l'ulcère anastomotique, la sténose gastro-jéjunale, la formation des calculs biliaires, les carences en vitamines et minéraux, voire une dénutrition.

2.4.4.Le court-circuit bilio-pancréatique ou technique de Scopinaro *(74, 75)*

En 1976, Scopinaro propose un autre type de bypass, qui consiste en une gastrectomie subtotale, d'une dérivation de l'intestin grêle avec création d'un montage raccordant l'estomac à l'iléon distal par une longue anse en Y (250 cm) et avec un branchement latéral du jéjunum distal et de l'iléon proximal (à 50 cm de l'angle iléo-caecal).

Ce bypass est complété d'une dérivation bilio-pancréatique qui entraîne une importante mal digestion et une mal absorption notamment des graisses. *(76)*

Technique de Scopinaro



Cette technique est utilisée par très peu d'équipes en France et quelques rares équipes canadiennes et italiennes et devait s'adresser à des patients « super » obèses (BMI>50 kg/m²). *(50)*

La mortalité de cette intervention est d'environ 1% et la perte de poids est comparable à celle obtenue avec le court-circuit jéjuno-intestinal, mais elle s'accompagne d'une fréquence élevée d'ulcères gastriques, de dénutrition protéique, de troubles hydro-électrolytique majeurs et de lithiases oxalo-calciques. *(54)*

APPROCHE PSYCHOSOCIALE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE DE L'OBESITE

Il est nécessaire d'aborder la psychopathologie de l'obèse en parlant de ses origines et des aspects socio-culturels, avant de développer les conséquences psychosociales puis psychopathologiques de l'obésité.

I. ORIGINE DE L'OBESITE

1. Différentes théories psychogènes de l'obésité

1.1. La théorie psychogène de l'obésité

C'est à partir des années 30, mais surtout entre 1950 et 1980, que les études se sont multipliées notamment aux USA, pour mettre en évidence un profil psychopathologique spécifique de l'obésité.

Le Barzic M. *(37)* écrit « les premières hypothèses concernant l'origine psychologique de l'obésité sont directement tirées du modèle psychanalytique. Elles postulent l'existence d'un conflit intrapsychique spécifique et/ou de fixation à la phase orale du développement psychogénétique qui serait responsable d'une hyperphagie consécutive à la recherche de satisfaction régressive. La nourriture, symboliquement assimilée à l'amour maternel des premiers mois, serait inconsciemment recherchée afin d'éviter les frustrations et les conflits de la vie courante ».

D'autres études sont menées afin d'isoler des traits de caractères spécifiques aux obèses, puis abandonnées au profit des échelles de mesures des traits psychopathologiques tels que l'anxiété, la dépression, l'impulsivité ou l'instabilité émotionnelle. Une revue exhaustive des études sur le sujet concluait en 1985 à l'absence de psychopathologie spécifique de l'obésité. *(77)* « L'hétérogénéité même des obèses sur le plan psychologique apparaît comme un gage de leur normalité psychologique. » *(78)*

Pour Le Barzic M. *(37)*, la thèse de la pédiatre Hilde Brush qui développe un « pont conceptuel » entre les deux perspectives que sont la psychanalyse et la science du comportement, est une référence sur laquelle s'appuient tous les spécialistes de l'obésité.

La théorie de la « confusion des affects » décrit deux types d'obésité qui diffèrent par leur mécanisme de constitution :

- obésité réactionnelle et hyperphagie compensatrice développées en réponse à un traumatisme émotionnel ;
- obésité de développement et confusion des affects marqués par l'incapacité à reconnaître correctement le besoin physiologique de manger, serait à l'origine de l'hyperphagie génératrice de l'obésité. En postulant que la « reconnaissance du besoin de manger » n'est pas une connaissance innée mais qu'elle s'acquiert par un apprentissage au cours des interactions en feed back avec la mère pendant les premiers mois de la vie.

1.2. La théorie de la restriction cognitive

Les théories psychogènes, tombées en désuétude, ont fait place à l'exploration expérimentale des comportements alimentaires des obèses soumis à un régime.

Les travaux de Herman et Mack en 1975 *(79)* puis de Herman et Polivy en 1980 *(80)* ont permis d'élaborer une théorie comportementale, la « restriction cognitive ». Celle ci se définit comme une tentative, réussie ou non, pour atteindre un poids inférieur à son poids spontané et s'y maintenir. L'effort de limitation de la ration alimentaire génère un sentiment chronique de privation et de frustration en même temps qu'il provoque une véritable obsession alimentaire avec désaveu de sa propre apparence et baisse de l'estime de soi.
La personne en restriction cognitive alterne entre deux états soumis au contrôle cognitif (volontaire et conscient) des ingestats *(81)*:

- un état d'inhibition sans perte de contrôle avec inhibition des sensations alimentaires et maîtrise du comportement alimentaire ;
- un état de désinhibition avec perte de contrôle qui se distingue par plusieurs phases : une phase volontariste, où l'individu renonce délibérément à écouter ses sensations alimentaires de faim et de satiété pour s'en remettre à des règles devant permettre de contrôler le poids ; une phase inconsciente, où les sensations physiologiques sont brouillées et où le comportement alimentaire est gouverné par des processus cognitifs inconscients et des émotions, avec peur de manquer, sentiment de privation, de frustration, de culpabilité et du trouble du réconfort. Les facteurs déclenchant cette perte de contrôle sont diverses : exposition à des aliments

interdits, prise d'alcool ou de médicaments, événements de vie entraînant un trouble de l'équilibre psychologique.

En privilégiant les informations cognitives au détriment de la reconnaissance de l'état interne, la restriction tend à court-circuiter les signaux physiologiques de faim et de satiété, entraînant une hypophagie chronique entrecoupée d'accès d'hyperphagie, des compulsions ou des crises boulimiques, ce qui au bout du compte augmente la consommation alimentaire.

Ce modèle théorique a permis de faire évoluer la perspective étiopathogénique de l'obésité. En effet, le comportement alimentaire pourrait être considéré non plus simplement comme la cause de l'obésité, mais comme un phénomène secondaire, une conséquence des régimes restrictifs. « En bref, plus on cherche à maigrir, moins on s'accepte comme on est, et plus on essaie de ne pas manger et plus on ne pense qu'à ça. » *(82)*

2. Aspects chronologiques

2.1. Relation précoce mère-nourrisson

Selon la théorie psychanalytique, l'oralité Freudienne *(83)* se définit comme la première phase du développement psycho-sexuel. La première tétée est la première expérimentation du monde par l'enfant : les processus en jeu à cette période s'inscrivent dans le développement de la relation duelle mère/enfant. La personnalité de l'enfant va se construire grâce à ce lien avec la personne nourrissante, en intégrant les sentiments de plaisir et de déplaisir, de satisfaction et d'insatisfaction.

D'après Dreyfus (86), le développement de l'obésité infantile à début précoce est souvent accompagné d'un caractère particulier de la relation mère-enfant. Cette unité mère-enfant ne doit obéir qu'au rythme des besoins oraux. C'est à cette condition que l'enfant va pouvoir ensuite développer sa capacité à supporter l'attente et la frustration, principalement d'ordre alimentaire.

On distingue deux attitudes chez les mères d'enfants obèses :

- la plus classique, décrite par Brush et confortée par Baldaro en 1996 *(84)*, est celle de la maman qui est incapable de distinguer les besoins émotionnels des besoins alimentaires et répond à toute demande par un don d'aliment. Elle conduit l'enfant à une incapacité à apprendre comment décoder les émotions des gens et à exprimer les siennes (alexithymie) ;
- dans d'autres cas, il s'agit d'une maman envahie par l'angoisse de la fragilité de son bébé qui lui impose des repas sans tenir compte des horaires et des besoins.

2.2. Enfance et adolescence

L'enfant va grandir et subir l'influence du monde extérieur. La prise alimentaire doit répondre à un besoin biologique et non à un état de tension ou de frustration qui risque de remettre à jour une situation synonyme de dépendance totale à autrui (l'objet maternel). Les troubles du comportement alimentaire de type boulimie ou hyperphagie sont une réponse au sentiment d'abandon maternel.

La fonction alimentaire est donc bien engagée au cours du développement de l'individu dans une succession d'interactions (négligence parentale, abus sexuel) et, si cette fonction est perturbée, elle peut produire des troubles de la personnalité.
On peut également, dans certains cas, reconnaître le choix d'être obèse chez l'enfant qui est en conflit oedipien ou victime d'abus sexuel. En effet, l'obésité est alors une défense contre la sexualité. *(85)*

Plus tard, l'adolescent est confronté à un bouleversement de son corps, soumis à des tensions et des émotions. Il doit faire face à une nouvelle perception de son image corporelle.
Le corps de l'adolescent obèse est l'objet de nombreux troubles mentaux notamment l'anxiété et les troubles des conduites alimentaires *(86)* pour compenser un manque à gagner dans l'affirmation de soi. Ceci est d'autant plus marqué que les parents sont perturbés, en particulier les mères *(41)*, mais aussi quand il existe une obésité familiale.
C'est pourquoi le traitement de l'obésité infantile doit associer une composante pédopsychiatrique qui doit impliquer l'ensemble de la famille.

Il est donc utile d'établir une classification des obésités de l'enfant suivant les structures psychologiques sous jacentes afin d'apprécier la présence de troubles du comportement alimentaire : *(86)*

- l'obésité sans trouble psychologique apparent du comportement alimentaire ;
- l'obésité par trouble psychologique réactionnel ;
- l'obésité associée à une névrose (comportement essentiellement phobique) ;
- l'obésité liée à un trouble déficitaire.

2.3. Age adulte

La prise de poids à l'age adulte est facilitée en période de stress. En effet, la vie est faite d'événements attendus ou non auxquels nous réagissons en fonction de nos besoins, de notre affectivité et de la connaissance que nous avons de la situation. Lorsque l'information est suffisante, nous sommes capables de réagir de façon sereine. Par contre, lors d'événements imprévus ou négatifs, nous éprouvons un sentiment d'insécurité et de malaise généralisé qui peut être comblé par la prise alimentaire.

Ainsi nous prenons souvent du poids à l'occasion de périodes de stress ou à l'occasion de moments affectifs forts à l'origine d'un syndrome dépressif :

- chez la femme, les changements importants de la vie génitale tant hormonal que physique : cycle menstruel (avant les règles), grossesse, ménopause ;
- la vie familiale ou sentimentale : mariage, séparation, deuil, manque de communication avec le conjoint, les enfants ou les parents, déménagements ;
- la vie professionnelle : surmenage, ennui, chômage, harcèlement, perte d'emploi ;
- l'arrêt du tabac.

Rand, en 1982 *(87)*, décrit dans son étude que 79% des prises de poids chez l'obèse contre 9% chez le sujet de poids normal se font au cours de périodes de stress.

3. Aspects culturels et idéal social

3.1. Modèles culturels

L'approche psycho-dynamique donne un rôle majeur à la fonction alimentaire en le plaçant au centre des relations sociales et culturelles.

Dans la plupart des cultures, les grandes étapes de l'existence individuelle ou collective sont sanctionnées par des rites culinaires propres qui permettent de consolider la cohésion du groupe en partageant la nourriture mais aussi les symboles qu'elle véhicule.

De même, la valeur symbolique attribuée à l'obésité varie en fonction des cultures : dans les pays en voie de développement, où elle représente l'exception, l'obésité est valorisée. Elle y incarne la puissance sociale qui permet d'échapper à la précarité alimentaire dont souffre la majorité, « ce qui lui confère les valences positives de santé, richesse et de fécondité qui rendent l'obésité désirable ». *(37)*

A l'inverse, dans les pays développés, « la profusion vulgarise la nourriture et l'élite affiche sa distinction ». *(37)*
Ceci est particulièrement vrai pour les femmes alors que le surpoids peut conserver une valence positive de puissance chez l'homme quelque soit le contexte économique. *(98)*

De plus, l'obésité joue un rôle dans la mobilité sociale. Normalement, cette dernière est influencée par le niveau d'éducation, l'activité professionnelle et le mariage. Pour les hommes, l'éducation et l'activité professionnelle ont un rôle plus important, mais pour les femmes le mariage est plus déterminant, même si son importance tend à diminuer. C'est ainsi que les femmes obèses font plus fréquemment des mariages avec des hommes de statuts sociaux moins élevés que le leur. *(37)*

3.2. Idéal social

L'alimentation s'intègre désormais dans la quête d'un corps idéal. Le plaisir alimentaire ne suffit plus, il doit répondre à des règles pharmaco-médico-agro-alimentaires qui reposent sur des croyances publiques erronées où transparaît l'idéologie de la minceur. *(82)*

Selon Brownell en 1992 *(89)*, l'idéal actuel ne repose en aucun cas sur des normes de santé mais sur des idées fausses qu'un corps idéal va de pair avec une vie idéale : attractive, profession, santé, bonheur, et qu'avec un régime strict, de l'exercice physique et des efforts, tout le monde peut modeler son corps et avoir un corps idéal.

Apfeldorfer en 1994 *(90)* cite l'enquête du magasine américain Glamour où, sur 33 000 femmes, 75% se trouvent trop grosses alors que 25% sont en surcharge pondérale. On s'aperçoit aussi que plus de la moitié de la population occidentale s'acharne à maigrir même en l'absence d'un surpoids objectif. Ceci malheureusement engendre des comportements de restriction avec problèmes des troubles du comportement alimentaire et perturbe l'image et l'estime de soi.

II. ASPECTS PSYCHOSOCIAUX DE L'OBESITE

1. Qualité de vie de l'obèse

En dehors de toute pathologie psychiatrique initiale, le sujet obèse peut développer secondairement à la prise de poids, à l'échec des différents régimes, à l'obésité, des perturbations psychologiques dont l'émergence pourra conduire à de véritables affections psychiatriques secondaires pour certains et pour la majorité une détérioration de leur qualité de vie.
L'évaluation de la qualité de vie est connue depuis les années 1960, mais les études empiriques concernant son appréciation sont sujettes à des problèmes méthodologiques sérieux.

Le concept lui-même est difficile à définir et à rendre opératif : il est multidimensionnel, subjectif, relatif et théoriquement incorpore tous les aspects de la vie d'un individu. Dans le champ médical, les études se concentrent sur la qualité de vie liée à la santé.
L'OMS définit la santé comme un état de bien être physique, psychologique et social.

Certains auteurs pensent que les conditions d'environnement (revenus, habitation, taux de mortalité et taux d'emploi) facilitent la qualité de vie mais ne la créent pas ; à un niveau théorique, il est important de décrire les processus cognitifs, affectifs et symboliques qui, sur le plan individuel, déterminent la qualité de vie. *(91)*

Chez les sujets obèses sévères, il existe de nombreuses perturbations des fonctions naturelles du corps qui sont considérées comme acquises pour des sujets non obèses et qui sont donc sous estimées dans les analyses conventionnelles de la qualité de vie ou par les échelles de personnalité et de psychopathologie. *(92)*

Fontaine *(93, 94)* réalise une étude pour évaluer chez 312 patients obèses demandeurs de traitement, ce qu'il appelle la qualité de vie en lien avec la santé, c'est-à-dire l'impact global d'une maladie sur le fonctionnement mental et physique, sur le bien-être évalué et rapporté par le patient. Quels que soient les domaines de l'échelle utilisée pour évaluer le bien-être, les scores des obèses étaient plus mauvais que ceux de la population générale, particulièrement en ce qui concerne la vitalité et la douleur chronique. Les facteurs prédictifs d'une qualité de vie diminuée, retrouvés par Fontaine étaient l'IMC (les obèses morbides avaient des scores plus altérés que les obèses modérés), la douleur (variable somatique qui a le plus net retentissement sur la qualité de vie comparée à l'hypertension artérielle ou au diabète, et la raison fréquente de la demande de soins), l'age et le sexe. Ainsi les hommes les plus vieux et les plus lourds, rapportant une douleur, étaient ceux qui avaient la dégradation la plus substantielle de leur état de santé physique. Comme dans l'étude SOS, la douleur est un facteur prédictif de la qualité de vie et de prise en charge, elle doit donc être évaluée au cours d'un programme de perte de poids.

Foreyt *(95)* en 1995 évalue l'activité physique rapportée chez des sujets obèses et chez des sujets de poids normal. Il étudie conjointement le niveau d'activités et le bien être général. Il retrouve qu'il existe une relation significative entre activité physique rapportée et fonctionnement psychologique positif. L'augmentation de l'activité physique permet une amélioration du bien être dans les deux groupes. Il existe un modèle interactif: l'augmentation de l'effort et du fonctionnement psychologique se renforcent mutuellement.

Ces différentes études retrouvent une altération de la qualité de vie, en rapport avec le poids, avec l'image du corps, les troubles de l'humeur et surtout sur le plan somatique avec la douleur. Les études proposées ne retrouvent pas chez les obèses sévères d'impact d'autres variables perturbant la qualité de vie tels que le régime ou le « binge eating » (hyperphagie compulsive) *(91)*. Sur le plan thérapeutique, il est reconnu que le maintien de l'exercice est un facteur prédictif de compliance aux programmes de perte de poids.

2. Statut socio-économique

S'il existe un handicap psychosocial de l'obésité, il tient à des relations entre niveau socio-économique et surcharge pondérale et aux discriminations qui en découlent. Nous avons déjà décrit brièvement précédemment l'apport d'une analyse ethnologique et sociologique de l'obésité pour en comprendre ses déterminants. L'analyse sociologique, c'est la recherche des étiologies environnementales concourant au développement de l'obésité ou à son maintien et à son aggravation (ceci n'exclut pas des facteurs intermédiaires entre environnement et obésité, liés au développement du sujet, à sa famille, aux abus ou aux négligences...).

2.1. Statut socio-économique chez la femme

Il existe une relation inverse entre le niveau social et l'obésité chez la femme dans les pays développés, et ceci est majoré en milieu rural *(96)*. De plus, le surpoids joue un rôle dans la mobilité sociale. Normalement, cette dernière est influencée par le niveau d'éducation, l'activité professionnelle et le mariage. Pour les femmes, le mariage est plus déterminant, même si son importance tend à diminuer. Les femmes obèses font plus fréquemment des mariages avec des hommes de statut social moins élevé que le leur. *(37)*

2.2. Statut socio-économique chez l'homme

Il est difficile d'établir une relation entre IMC et statut socio-économique chez l'homme du fait de l'influence de la consommation d'alcool et de tabac qui a un effet anorexigène et se trouve être en majorité dans les classes sociales les plus basses *(97)*. Cependant, il apparaît que le surpoids conserve une valence positive quelque soit le contexte économique *(88)*, et que l'éducation et l'activité professionnelle influencent plus que le mariage sur leur ascension sociale.

2.3. Statut socio-économique chez les enfants

Le Barzic M. en 1993 *(86)*, affirme que la relation entre statut socio-économique et poids est moins nette chez l'enfant mais semble aller dans le même sens que chez la femme. Le surpoids chez l'enfant ou la persistance à l'âge adulte est associé à la profession manuelle du père ou à la résidence dans des quartiers défavorisés. L'héritage selon la classe sociale sera

celui d'un ensemble génétique et socio-culturel ainsi que des conditions favorisant l'obésité dans les classes pauvres. L'obésité parentale est donc un facteur prédictif d'obésité dans la descendance aussi bien par la transmission génétique que par des croyances et des valeurs concernant l'alimentation.

2.4. Statut socio-économique et obésité dans les pays en voie de développement

La relation est aussi forte et aussi cohérente que chez les femmes dans les pays développés mais dans le sens opposé. Ainsi 91% des études chez la femme et 86% des études chez l'homme montrent une relation directe entre l'augmentation de l'obésité et l'augmentation des revenus. La prévalence élevée de l'homme dans les classes supérieures serait due à une plus grande disponibilité de la nourriture, choisie et adaptée à des valeurs culturelles favorisant les formes grasses du corps. L'obésité est un signe de santé et de richesse dans ces pays. De plus, dans les cultures traditionnelles, la rondeur est considérée comme un idéal du corps féminin. *(96)*

2.5. Statut socio-économique et activité physique *(96)*

L'activité physique joue un grand rôle dans le contrôle du poids. Stunkard remarque que la mécanisation a considérablement diminué l'activité physique dans une majorité de professions, même pour les bas niveaux socio-économiques.
De plus, la durée du temps de travail s'est allégée laissant plus de temps aux loisirs. Or, seules les classes sociales les plus hautes occupent leurs loisirs en pratiquant une activité physique. Ainsi, dans les sociétés occidentales, l'élite affirme sa maîtrise de soi et son dynamisme par un corps mince et ferme.

3. Discrimination et interactions sociales de l'obèse

Dans nos sociétés développées, les préjugés négatifs entretenus par la population à propos de l'obésité sur l'idée que les hommes et les femmes sont en majorité responsables de leur silhouette et que c'est par manque de volonté qu'ils ne remédient pas à leur déviance, contribuent à culpabiliser l'obèse d'être gros, et lui attribuer une opinion péjorative généralisée.

L'américain W. Dejong *(98)* interprète l'attitude de la société vis-à-vis des obèses dans la perspective de la théorie des stigmates d'Erwing Goffman *(99)*, qui définit le stigmate comme un « attribut qui discrédite profondément celui qui le possède et l'atteint dans son identité même ».
Ainsi W.Dejong *(98)* assimile l'obésité à un « stigmate de type caractérologique », qui suppose que faute de pouvoir contrôler son comportement alimentaire il est présumé coupable de son obésité. Et même, s'il s'acharne à maigrir en consultant plusieurs spécialistes du régime, ses échecs entretiennent sa réputation de coupable.

La stigmatisation de l'obèse est doublement dévalorisante. En effet, outre la pression sociale permanente qui s'exerce sur eux, les obèses ont aussi à souffrir de l'impossibilité de s'insurger contre le traitement qui leur est réservé, puisque cela équivaudrait à contester les mœurs en vigueur dans la collectivité, faisant courir le risque de s'en faire exclure. Les obèses eux-mêmes adhérent aux préjugés puisque, comme tout un chacun, ils partagent les convictions de la majorité de leur groupe social d'appartenance. Cela ne fait que renforcer l'auto dépréciation et la baisse de l'estime de soi. *(96)*
Stunkard et Wadden *(78)* ont étudié sur une large population américaine la discrimination à laquelle sont confrontés les obèses et qui s'exerce dans tous les domaines, notamment scolaire, familial et professionnel.

3.1. Scolarité

La discrimination commence dès l'enfance : en effet, dès six ans, les enfants décrivent déjà les obèses comme stupides, paresseux, sales, laids, menteurs et tricheurs.
Plus tard, elle se fera lors de leur inscription dans les écoles les plus renommées où, à compétences égales, les obèses sont moins acceptés. *(100)*

3.2. Professionnel

Dans le monde du travail et de la recherche d'emploi, les obèses font face aussi à une discrimination. Roe retrouve que 16% des employeurs n'embauchent à aucun prix une femme obèse et que 44% des obèses sont embauchés sous certaines conditions. *(82)*
A qualification égale, le sujet obèse est moins représenté dans les postes de direction et est moins payé s'il atteint ces postes. *(100)*

La personne obèse hyper empathique s'intéresserait à des domaines professionnels où l'intuition et la compréhension sont essentielles : le spectacle, la mode, la presse, le domaine médicale, l'enseignement. *(98)*

3.3. Au sein du couple et de la famille

Les femmes, qui en se mariant passent à un plus bas niveau social que celui de leurs origines, ont une prévalence de l'obésité de 22% contre 18% chez celles qui gardent le même niveau que leurs parents et 12% pour celles qui se sont élevées .Chez les hommes, l'obésité massive est aussi un obstacle au mariage. *(96)*

Par ailleurs, l'obésité semble être source de dysfonctionnement marital. Feliti en 1993 *(101)* retrouvait dans une étude comparant des sujets obèses à des sujets contrôles, une prévalence accrue de dysfonctionnement marital actuel (54% pour 16% chez les contrôlés) et d'histoire personnelle de divorce (19% contre 7%).

Le dysfonctionnement marital se traduit par des troubles de la sexualité. King en 1997 *(85)* retrouve que 94% des femmes d'un échantillon d'obèses sévères évaluées rétrospectivement avaient des scores plus bas que la normale concernant la satisfaction sexuelle avant traitement médical.

Le dysfonctionnement marital peut également se traduire par des troubles des conduites alimentaires, qui permettent de faire diversion par rapport aux problèmes sous-jacents. Le trouble des conduites alimentaires aura différentes fonctions :

- moyen de cooping du stress conjugal où les troubles des conduites alimentaires augmentent lorsque la tension augmente ;
- moyen de lutte pour le pouvoir et le contrôle dans le couple : l'obèse est soumis au conjoint soignant mais peut exprimer son pouvoir dans le refus de guérir ;
- moyen d'évitement de l'intimité.

Ce dysfonctionnement conjugal ou familial doit être pris en compte dans la prise en charge thérapeutique de la surcharge pondérale. Il existe en effet des résistances du couple face à la régression de l'obésité ou du trouble des conduites alimentaires. La perte de poids constitue un risque pour le couple.

3.4. Relation avec le système de santé

Les relations du sujet obèse au médecin et au système de santé sont également marquées par le préjugé et la discrimination.
En effet, tout le personnel soignant partage une même croyance vis-à-vis des obèses, celle de patients indulgents vis-à-vis d'eux-mêmes, de paresseux, de lâches et de mou. Ces avis négatifs concernant les patients obèses tiendraient aux difficultés de résultats des programmes d'amaigrissement. Dans les premiers mois, le travail de perte de poids est toujours gratifiant pour les praticiens, mais à long terme, cela devient une source de frustrations et de colère face à l'échec des patients. C'est à ce moment que le risque est majeur de critiquer le patient.

De plus, si l'on considère le groupe de patients demandeurs de perte de poids, on constate qu'ils sont souvent plus perturbés sur le plan psychologique que les sujets obèses de la population générale (baisse de l'estime de soi, trouble de l'humeur et souvent troubles des conduites alimentaires). Malgré cela, ils se présentent au thérapeute sous le seul angle de la perte de poids en occultant sciemment ou non tout ce qui par ailleurs les écarterait encore plus de la norme.

C'est pourquoi Stunkard *(100)* propose une prise en charge de l'obésité selon le bénéfice/risque pour le patient en fonction de la sévérité et de la morbidité somatique de la surcharge pondérale et de ces troubles psychologiques. En effet, pour des obésités modérées, les risques psychologiques sont supérieurs aux risques physiques. Il faut donc définir les besoins de prise en charge psychologique de ces groupes à haut risque lié à l'obésité et au régime.

III. PSYCHOPATHOLOGIE DE L'OBESITE

Les différentes études qui ont tenté de définir une psychopathologie spécifique de l'obésité sont assez contradictoires tant dans leurs résultats que dans leurs conclusions. Les raisons avancées sont l'utilisation non standardisée de différentes échelles d'évaluation et la difficulté de comparaison entre elles ainsi que la présence trop fréquente de biais de recrutement. *(102)*

En revanche, il est admis que des troubles des conduites alimentaires et des troubles de la personnalité se retrouvent plus fréquemment chez les patients obèses que chez les sujets contrôlés : accès d'hyperphagie ou « binge eating disorder (BED) », personnalité limite ou « border line ». *(103)*

Les complications psychiatriques se retrouvent dans le registre depressif et anxieux, les conduites addictives et les troubles sexuels.

1. Trouble des conduites alimentaires

On parle de « pathologie du comportement alimentaire » quand les conduites alimentaires diffèrent des attitudes adoptées par la plupart des individus placés dans un même environnement nutritionnel, socio-économique et culturel, et quand elles induisent des conséquences fâcheuses pour la santé, d'ordre somatique ou psychologique. Les troubles du comportement alimentaire que l'on peut retrouver chez les obèses en général et chez les sujets obèses morbides en particulier sont les anomalies prandiales et extraprandiales. *(104)*

1.1. Anomalies prandiales

L'hyperphagie prandiale est caractérisée par une exagération des apports caloriques au cours des repas, par la multiplication des prises alimentaires, par une prise alimentaire supplémentaire à la fin des repas sous forme d'alcool ou d'aliments sucrés par exemple. Elle peut résulter de plusieurs facteurs dont l'exagération de la faim et /ou de la satiété. Les signaux physiologiques sont devenus inopérants et l'hyperphagie marque l'absence de toute régulation effective du comportement alimentaire. Cependant, l'hyperphagie n'est pas systématiquement mise en évidence chez tous les obèses. Le caractère pathologique n'est pas toujours facile à établir. Il faut en effet qu'il s'agisse d'une hyperphagie en valeur absolue et non relative aux besoins énergétiques, comme cela peut être le cas chez les obèses hypophages. Elle est parfois évidente mais nécessite généralement une évaluation quantitative de la ration. Il faut savoir que le rôle des boissons, notamment alcoolisées, est souvent sous-estimé. Quoiqu'il en soit, elle ne peut être considérée comme une conduite pathologique que si elle s'écarte sensiblement du comportement alimentaire de l'entourage.

Il faut distinguer plusieurs groupes d'hyperphages :

- les « gourmands », considérés comme joviaux, sociables, enjoués. Pour eux, l'alimentation est un axe fondamental de leur vie et ils font facilement dépendre leur système relationnel des plaisirs de la table ;
- les « remplisseurs » dont le plaisir gustatif existent. Cependant il est dominé par celui procuré par le « remplissage » de l'estomac. L'importance pour eux se situe au niveau de la quantité ingérée ;
- les « compulsifs », qui mangent sans plaisir sans pouvoir s'en empêcher. Ils se rapprochent en cela des boulimiques et des grignoteurs. Bien que les prises alimentaires se déroulent en société, elles échappent au contrôle. Les formes de passage à la boulimie ne sont pas rares.

1.2. Anomalies extraprandiales

On distingue parmi elles :

L'hyper-réactivité aux stimuli alimentaires qui survient chez certains sujets qui paraissent excessivement réactifs aux signaux envoyés par leur environnement et en particulier aux stimuli alimentaires. L'aliment déclenche la prise alimentaire par ses qualités propres (hédoniques, sensorielles, symboliques...) et non dans un contexte de besoins physiologiques. Cette hyper-réactivité peut s'exprimer au cours des repas ou en dehors ;

Le grignotage (« nibbling » des anglo-saxons) qui se caractérise par la consommation répétitive, quasi-automatique, sans faim et sans envie de petites quantités d'aliments en dehors des repas. Ce sont souvent des aliments facilement accessibles et agréables, sucrés ou salés. La durée et la fréquence des épisodes sont variables selon les individus. Il n'est à priori pas accompagné de sentiments de culpabilité ;

Les compulsions alimentaires (« craving ») qui figurent parmis les troubles du comportement alimentaire les plus fréquents. Elles se caractérisent par une impulsion ou un désir soudain et irréversible de consommer un aliment donné en dehors des heures de repas. Contrairement à la fringale, elle n'est pas déclenchée par une impulsion de faim mais par une envie de manger exagérée (qui peut être indépendante de toute nécessité métabolique). La prise alimentaire est relativement sélective vers un ou des aliments généralement appréciés et caractéristiques pour

un sujet donné. La prise cesse quand la satisfaction est obtenue. Elle procure un plaisir initial qui peut être suivi après coup d'un certain sentiment de culpabilité. La quantité consommée est variable. Les compulsions ne sont franchement pathologiques que quand elles se répètent et si elles entraînent le sujet à un comportement actif de recherche de nourriture ;

Les modifications qualitatives (« carbohydrate craving ») qui sont définies par des compulsions alimentaires exclusivement glucidiques. Les « carbohydrates cravers » ont été définis par Wurtman comme des sujets obèses présentant une consommation excessive de glucides (sucres simples ou complexes) en dehors des repas et à des heures précises pour chaque individu, sous forme de collations (« snacks »). Les critères retenus pour qualifier un sujet de « carbohydrate craver » incluent : une consommation calorique extraprandiale au moins supérieure à 30 % de la consommation calorique journalière et un apport glucidique extraprandial au moins supérieur à 35 % des apports glucidiques totaux. Environ 50 % des femmes ayant un surpoids rapportent un tel comportement. Wurtman a qualifié le « glucohydrates craving » comme une modalité d'alimentation émotionnelle : l'angoisse, la contrariété, un fléchissement de l'humeur déclencheraient une prise alimentaire sucrée à l'origine d'une augmentation des taux de sérotonine cérébrale qui permettrait ainsi l'amélioration de l'humeur ;

L'accès boulimique qui se caractérise par une consommation très rapide, sans faim et avec gloutonnerie, de quantités énormes de nourriture, indépendamment des qualités gustatives et au-delà de toute satiété, sans autre limite que la contenance gastrique. Isolés ou groupés, ils surviennent à n'importe quelle heure du jour et de la nuit. Le sujet est le plus souvent conscient du caractère pathologique du comportement et sait qu'il lui est impossible de le contrôler volontairement. Les accès sont accompagnés d'angoisse et de honte et suivis de sentiments d'impuissance, d'autodépréciation, de dépression ;

La frénésie alimentaire ou « binge eating disorder » (BED) qui a été décrite chez l'obèse pour la première fois par Stunkard en 1959 mais a seulement fait récemment l'objet de critères diagnostiques stricts par Spitzer en 1990. Les individus souffrant de frénésie alimentaire ont des problèmes récurrents de perte de contrôle de leur alimentation mais ne s'engagent pas dans des comportements compensatoires caractéristiques de la boulimie nerveuse. Certains auteurs recommandent donc d'insister sur le sentiment subjectif de perte de contrôle pour définir un épisode de « binge eating ». Ce trouble est plus fréquent chez les femmes et associé

à la sévérité de l'obésité et à des fluctuations pondérales plus marquées. En ce qui concerne la frénésie alimentaire, il demeure de nombreux débats : s'agit-il d'un trouble du comportement alimentaire antérieur ou secondaire à l'obésité, au régime et /ou à la dépression ?

Les prises alimentaires nocturnes (« night eating syndrome » : NES) décrites par Stunkard en 1955 *(105)*, qui caractérisent des sujets qui se réveillent et qui se lèvent la nuit pour manger sur un mode compulsif ou boulimique. Les aliments ingérés le sont de manière compulsive, sans réelle sensation de faim, avec un phénomène de « craving » prédominant à base d'hydrate de carbone *(106)*. On retrouve fréquemment des troubles anxieux associés *(106)*. A l'heure actuelle, on tend à individualiser le NES comme un trouble des conduites alimentaires à part entière, les similitudes entre BED et NES n'étant pas significatives. *(107)*
Certains avancent l'hypothèse que le NES pourrait être un symptôme de trouble du comportement alimentaire chez les obèses, sans que cela soit spécifique de l'obésité.

L'anorexie mentale et la boulimie nerveuse sont des troubles du comportement alimentaire qui ne se retrouvent pas dans l'obésité puisqu'il y a en principe au premier plan une stratégie de contrôle de la prise de poids. Cependant, il est important de les mentionner ici. En effet, ils constituent tous les deux des contre indicateurs absolus à la gastroplastie. En ce qui concerne l'anorexie mentale, des demandes d'intervention chirurgicale par gastroplastie peuvent s'inscrire dans des stratégies inappropriées de contrôle de poids. *(108)*

2. Conduites addictives

Les études de comorbidité entre obésité et abus de substances sont parcellaires. Elles dérivent en générale de l'étude de la boulimie puis du « binge eating ».
Les substances utilisées sont principalement l'alcool mais également les drogues de rue (amphétamines, barbituriques, marijuana, cocaïne).
Chez les obèses dans la population générale, il n'y a pas de données sur ce sujet. Par contre, chez l'obèse moyen à sévère demandeur de traitement, la prévalence de l'alcool, des autres substances et du tabac peut varier par rapport à la population générale.
Dans l'étude de Black *(109)* sur 88 obèses morbides en traitement chirurgical, la prévalence de l'alcoolisme est de 23%, comparable au sujet de poids normal, et la prévalence des autres substances est de 2,3% contre 0,4% dans la population contrôle. La dépendance au tabac est

de 41% contre 21% dans la population contrôle. Ces chiffres sont assez remarquables et montrent les difficultés de prise en charge de cette comorbidité.

Certains font l'hypothèse que les sujets qui développent une addiction à une substance quel quelle soit, ont des traits psychologiques et comportementaux qui les rendraient plus vulnérables.

En ce qui concerne la comorbidité tabagisme associée à l'obésité, il faut noter qu'il existe lors du sevrage tabagique une baisse du métabolisme basal, mais également des troubles anxieux et dysphoriques *(110)*. Des études examinant la nourriture ingérée chez 31 femmes en surpoids pendant un programme de quatre semaines pour arrêt du tabac, retrouvent moins de 48 heures après l'arrêt une augmentation de la prise alimentaires de 300 cal /J surtout en glucides ; cette augmentation est parallèle à une augmentation d'anxiété, de dépression et de colère *(111)*. Les effets de l'arrêt du tabac sur la prise de poids ont été documentés, mais il existe encore peu de choses connues sur les effets du tabac sur le poids. Les fumeurs augmentent le tabagisme quand ils perdent du poids mais le mécanisme est mal connu. Les fumeurs auraient une hygiène de vie moins bonne que les non fumeurs *(112)*. L'existence d'un tabagisme est un facteur prédictif d'échec dans les programmes de perte de poids par régime ou exercice.

3. <u>Troubles de l'humeur</u>

Les différentes études abordant les troubles psychopathologiques liés à l'obésité rapportent des taux significatifs de troubles de l'humeur dépressive même si l'on peut constater une grande variabilité dans les résultats rapportés *(109)*. Les résultats sont moins consensuels quand il s'agit de mettre en évidence une différence significative dans la prévalence de troubles dépressifs par rapport à la population générale. Les modifications de l'appétit ou du poids constituent des signes cardinaux dans le diagnostique de la dépression. *(102)*

Dans le cadre du traitement chirurgical de l'obésité, il semble que la dépression pourrait être un prédicteur significatif de la perte de poids. *(113)*

Les relations entre dépression et obésité apparaissent complexes. Le caractère primaire ou secondaire de l'un par rapport à l'autre est difficile à établir si l'on considère l'ensemble des obèses. En revanche, sur le plan individuel, il est primordial de rechercher un contexte familial des troubles affectifs, une dépression atypique, un caractère réactionnel ou post

traumatique, un « carbohydrate craving », dans la mesure où la dépression est un facteur prédictif d'échec des différents traitements de l'obésité.

Viesselman *(114)* rapporte l'histoire de deux patients qui maîtrisent leur binge eating et leur obésité après gastroplastie, jusqu'à ce que les troubles de l'humeur soient tels qu'ils ne puissent plus garder le bénéfice de la chirurgie : l'un reprend 20 kg malgré le bypass et l'autre force la chirurgie en nécessitant une deuxième intervention.
Selon Wadden et Stunkard en 1992 *(78)*, le taux de rupture des traitements de perte de poids est de 45 %.Ce contexte post-chirurgical montre que le « binge eating » peut être une voie de compensation des expériences affectives déplaisantes, ce coping est tellement adapté au sujet que le trouble affectif passe au second plan, sauf dans des conditions expérimentales telles que la chirurgie.
Certaines études ont fourni un certain nombre de résultats mais aucun facteur clair de prédiction concernant la rupture du traitement n'a été mis en évidence. Clark en 1993 avait suggéré l'impact du niveau de santé et de la comorbidité psychiatrique. La prévalence sur une vie entière de troubles affectifs chez les obèses demandeurs de traitement est de plus de 30 % et un pourcentage significatif d'obèses justifie leur hyperphagie par une humeur négative. Ainsi, la présence de symptômes dépressifs serait un facteur pré thérapeutique d'échec du traitement. Selon Laporte en 1990, les sujets déprimés pourraient manger pour lutter contre la dépression, et celle-ci pourrait causer elle-même l'arrêt du traitement (manque de motivation). *(112)*

4. <u>Troubles anxieux</u>

Comme pour les troubles de l'humeur, les troubles anxieux sont retrouvés de manière significative chez les patients souffrant d'obésité morbide. Ces troubles anxieux incluent les troubles phobiques tels que phobie sociale et agoraphobie ainsi que des syndromes de stress post-traumatiques.
Une étude française d'Isnard-Mugnier et Vera en 1993 *(115)* applique un entretien structuré sur le DSM III R et adapté à l'âge pour comparer un groupe de 22 adolescents en traitement de l'obésité et un groupe de poids normal. Les auteurs retrouvent que les troubles anxieux sont significativement plus fréquents chez les obèses avec surtout l'angoisse de séparation (27 % contre 4 %), la phobie sociale et l'évitement (14% contre 0 %). Ces résultats sont nettement supérieurs aux données épidémiologiques récentes chez l'adolescent (phobies sociales : 1,1 %

à 15 ans, 2 % à 12 ans et 4 % à 17 ans ; angoisse de séparation : 2 % à 15 ans, 8,5 à 12 ans et 11,5 à 17 ans). Les auteurs soulignent la dépendance aux parents ainsi que l'existence, dès l'adolescence, de conduites d'évitement sur le plan social.

Une étude de Schwalberg en 1992 *(116)* s'applique, sur la base d'un entretien spécifiquement orienté vers la recherche de troubles anxieux, à déterminer leurs fréquences chez les sujets boulimiques ou chez les sujets obèses hyperphagiques. Les incidences de l'agoraphobie avec accès de panique était respectivement de 10 % chez les boulimiques et de 13,6 % chez les sujets obèses hyperphagiques. La phobie sociale était respectivement retrouvée à 40 % et 36,4 %, l'anxiété généralisée respectivement 55 % et 36,4 %. La prévalence du PTSD (post traumatic stress disorder) était retrouvée à 10 % chez les boulimiques et 4,5 % chez les obèses binge eaters.

Ainsi les désordres anxieux sont retrouvés à des taux élévés et similaires dans les deux groupes. Le désordre le plus courant est l'anxiété généralisée. On retrouve fréquemment l'association à une dépression. Malgré les biais d'une étude rétrospective, de nombreux patients (59,3 % pour les boulimiques, 70,8 % pour les sujets obèses) rapportaient l'existence des troubles anxieux avant le début des désordres alimentaires. Selon Schwalberg *(116)*, ce fait confirmerait parmi les facteurs étiologiques, l'existence de troubles anxieux avant la survenue de restriction cognitive et le développement de compulsion alimentaire. Les troubles anxieux ne sont pas confinés à la problématique alimentaire et concernent d'autres champs de préoccupations. Cependant, ils sont aussi congruents aux troubles des conduites alimentaires, à type d'évitement social consécutif à l'insatisfaction vis-à-vis du corps et à la culpabilité vis-à-vis de la conduite alimentaire. Cooper *(117)*, au contraire, interprète les désordres anxieux comme secondaires aux troubles des comportements alimentaires et à la surcharge pondérale. Il affirme que ces troubles s'améliorent souvent lorsque les traitements visent à modifier les comportements alimentaires. Ces deux points suggérant que la dépression et l'anxiété n'auraient pas d'importance étiologique, seraient secondaires aux désordres alimentaires et n'auraient qu'une faible portée pronostique. Il est donc problématique de classer les troubles des comportements alimentaires parmi les troubles anxieux, même si ces derniers sont importants dans la genèse et le développement des troubles des conduites alimentaires.

5. Troubles de la sexualité

Dans nos sociétés, où la jeunesse, la beauté et la minceur sont extrêmement valorisées, l'obésité est stigmatisée en permanence comme inappropriée à notre système de valeur. Dans ce contexte, les problèmes de sexualité, au même titre que les troubles dépressifs ou anxieux, résultent en grande partie d'une perte de l'estime de soi. Il semble que les troubles sexuels rapportés chez les patients obèses ne soient pas la cause de cette obésité mais plutôt une conséquence de cette stigmatisation sociale et de cette perte d'estime de soi. *(118)*

6. Troubles de la personnalité

Il n'a pas été mis en évidence de personnalité pathologique spécifique de l'obésité. Cependant, les différentes études faites à ce sujet montrent une diversité significative des troubles de la personnalité chez les patients souffrant d'obésité, comparativement à la population générale. *(119)*
Le DSM-IV *(102)* définit 10 troubles de la personnalité. Des critères permettent de reconnaître et de définir ces troubles.

La personnalité paranoïaque est caractérisée par une méfiance soupçonneuse envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes.

La personnalité schizoïde est caractérisée par un détachement des relations sociales et une restriction de la variété des expressions émotionnelles.

La personnalité schizotypique est caractérisée par des compétences réduites dans les relations avec les proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles et des conduites excentriques.

La personnalité antisociale est caractérisée par un mépris et une transgression des droits d'autrui.

La personnalité borderline est caractérisée par une impulsivité marquée et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects. Ce trouble est souvent passablement sévère.

La personnalité histrionique est caractérisée par des réponses émotionnelles excessives et une quête d'attention.

La personnalité narcissique est caractérisée par des fantaisies ou des comportements grandioses, un besoin d'être admiré et un manque d'empathie.

La personnalité évitante est caractérisée par une inhibition sociale, par des sentiments de ne pas être à la hauteur et une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui.

La personnalité dépendante est caractérisée par un comportement soumis et "collant" lié à un besoin excessif d'être pris en charge.

La personnalité obsessionnelle-compulsive est caractérisée par une préoccupation par l'ordre, la perfection et le contrôle.

Le trouble de la personnalité non spécifié est une catégorie prévue pour les cas où une personne rencontre les critères généraux d'un trouble de la personnalité et présente des traits de plusieurs troubles différents de la personnalité mais sans rencontrer complètement les critères d'aucun trouble. Deux autres troubles de la personnalité ne sont pas reconnus par le DSM- IV mais sont à l'étude : la personnalité dépressive (mode envahissant de cognitions et de comportements dépressifs, à distinguer des diagnostics de dépression comme tels) et la personnalité passive-agressive (mode envahissant d'attitudes négativistes et de résistance passive aux demandes de fournir performance adéquate).

Des auteurs ont évoqué une hypothèse psychosomatique de l'obésité comme témoin d'une faillite des processus de mentalisation. *(120, 121)*
La tendance actuelle est d'étudier les dimensions de personnalité plutôt que les catégories de troubles de la personnalité chez les patients souffrant d'obésité.

NOTRE ETUDE

I. INTRODUCTION

1. Les objectifs

L'objectif général de cette étude est de décrire la psychopathologie et la qualité de vie associée à l'obésité morbide dans une population de 100 patients obèses candidats à la chirurgie de l'obésité et de chercher d'éventuels déterminants psychologiques de la demande de prise en charge chirurgicale.

Les objectifs spécifiques sont :

- décrire les données sociodémographiques, les données sur l'obésité et la chirurgie de l'obésité concernant une population de patients ayant une obésité morbide et candidats à la chirurgie bariatrique ;
- rechercher et décrire les troubles dépressifs, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité ainsi que la qualité de vie de patients ayant une obésité morbide et candidats à la chirurgie bariatrique ;
- déterminer le profil psychologique et la qualité de vie de cette population ;
- rechercher des liens entre l'obésité, les troubles psychopathologiques et la qualité de vie ;
- rechercher l'influence éventuelle du niveau socio-économique sur le profil psychologique et la qualité de vie ;
- rechercher le retentissement des facteurs de comorbidité sur la qualité de vie ;
- rechercher les conséquences du type de chirurgie sur la perte de poids ainsi que les complications à 1mois.

2. Méthodologie

2.1. Population de l'enquête

Du 28 février 2003 au 26 janvier 2005, 100 patients présentant une obésité morbide ont été opérés à la clinique des Emailleurs par le même chirurgien.

Trois techniques chirurgicales ont été utilisées :

- l'anneau gastrique ajustable ;
- le bypass gastro-jéjunale ;
- le court-circuit pancréatique ou technique de SCOPINARO.

Les critères d'inclusion étaient :

- tous patients, hommes ou femmes, âgés d'au moins 18 ans ;
- souffrant d'obésité morbide ;
- candidats à la chirurgie de l'obésité ;
- n'ayant aucune contre-indication ;
- acceptés par l'équipe pluridisciplinaire ;
- quelque soit le type d'intervention.

Les critères d'exclusion étaient :

- patients ayant subi un échec lors d'une première chirurgie bariatrique et qui ont choisi de se faire réopérer.

2.2. Techniques et outils d'enquête

2.2.1. Etude des caractéristiques générales et chirurgicales de notre échantillon

La méthode de collecte des données est ouverte et repose sur la consultation des dossiers médicaux. Un complément téléphonique a été nécessaire pour recueillir certaines informations manquantes dans le dossier.

Les valeurs relevées sont :

- le sexe et l'âge des patients ;
- le poids et la taille ;
- l'IMC déduit des données précédentes ;
- la situation familiale ;
- le niveau d'études et l'activité professionnelle ;
- les patients bénéficiant de la CMU ;
- les comorbidités ;
- le caractère héréditaire de l'obésité ;

- le début de l'obésité avec les circonstances d'apparition ;
- l'étude du comportement alimentaire de type grignotage ou hyperphagie ;
- l'existence d'antécédents d'alcoolisme et /ou de tabagisme ;
- l'existence d'antécédents psychiatriques et de traitements psychiatriques ;
- la date et le type d'intervention ;
- la motivation chirurgicale ;
- les suites opératoires à un mois avec perte pondérale et complications.

2.2.2. Technique d'enquête

Il s'agit d'une étude transversale à partir de six questionnaires. Ces questionnaires ont été donnés aux patients la veille de leur intervention bariatrique entre février 2003 et janvier 2005.

Les données sociodémographiques ont été recueillies à partir d'un interrogatoire du patient ou à partir du dossier médical de façon rétrospective. Tous les patients ont été revus à un mois et les différents points suivants ont été réévalués : perte de poids et complications post chirurgicales.

2.2.3. Outils d'enquête

L'échelle d'anxiété et de dépression de Goldberg (Annexe n° 1)

C'est un outil de dépistage de l'anxio-dépression recommandé pour les enquêtes épidémiologiques de la population générale en Europe ; elle comporte 18 questions fermées réparties en deux sous-échelles de 9 items chacun permettant de calculer un score de dépression, un score d'anxiété et un score global *(122)*. On considère le score seuil de 5 pour l'anxiété et de 2 pour la dépression comme celui de probabilité qu'il existe un trouble psychopathologique (123).

Il a été traduit et validé en Français et possède une validité transculturelle.

Le MADRS (Montgomery & Asberg Depression Rating Scale) (Annexe 2)

Cette échelle de dépression de Montgomery et Asberg *(124)* permet le diagnostic de dépression. Elle a été traduite et validée en français *(125)*. Elle est issue de la CPRS (Comprehensive Psychiatric Rating Scale). Le MADRS est une échelle d'hétéro évaluation de la sémiologie dépressive en 10 items cotés selon 6 degrés de gravité (0, 2, 4, 6). Courte et d'un emploi relativement facile, elle fournit un bon indice de gravité globale de la dépression et est sensible aux changements. Il est nécessaire d'y adjoindre d'autres instruments lorsqu'on veut une étude exhaustive de la sémiologie dépressive. Elle a une très bonne spécificité et une bonne sensibilité au changement *(126, 127)*. La note seuil de dépression a été fixée à 15 ; la note 20-21 est généralement considérée comme la note minimum pour l'inclusion dans un essai, un chiffre supérieur étant quelques fois choisi en fonction des exigences de gravité.

Le BSA (Brief Scale for Anxiety) (Annexe 3)

L'échelle brève d'anxiété de Tyrer et al *(128)* est issue de la CPRS (Comprehensive Psychiatric Rating Scale). Elle est composée de 10 items côtés de 0 à 6. Elle permet un diagnostic de l'anxiété pathologique isolée ou comorbide. Le score seuil minimum de 20 doit être retenu. Dans notre étude, nous avons fait l'analyse des données à tous les scores seuils et avons retenu comme seuil significatif d'anxiété le score de 20.

L'Inventaire de Tempérament et de Caractère (TCI) de Cloninger et al *(129)* dans sa version française Pélissolo et Lépine *(130)* (Annexe 4)

C'est un autoquestionnaire à 226 items à réponse dichotomique forcée (vrai ou faux) qui explore 7 dimensions de la personnalité dont 4 dimensions de tempérament et 3 de caractère. Les dimensions de tempérament sont : la recherche de nouveauté (NS : 40 items), la persistance (P : 8 items), l'évitement du danger (HA : 35 items), la dépendance à la récompense (RD : 24 items). Les dimensions de caractère sont : la détermination (SD : 44 items), la coopération (C : 42 items), la transcendance (ST : 33 items). le TCI a comme originalité de regrouper, dans un outil unique, l'exploration de deux dimensions complémentaires que sont le tempérament plutôt constitutionnel et le caractère qui est acquis. Le tempérament est composé de 4 dimensions (NS, HA, RD et P), elles-mêmes subdivisées en sous-dimensions (NS1, NS2, NS3, NS4, HA1, HA2...). Les quatre dimensions

fondamentales du tempérament ne définissent pas des pathologies, mais des attitudes plus ou moins déviantes statistiquement ; la dimension de « Recherche de la nouveauté » (NS) traduit l'impulsivité et l'instabilité. La deuxième dimension « l'Evitement du danger » (HA) s'apparente à l'inhibition et au doute névrotique ; la « Dépendance à la récompense » (RD), troisième dimension, traduit le niveau de dépendance affective. La dernière dimension du tempérament, la « Persistance » (P) évalue l'endurance.

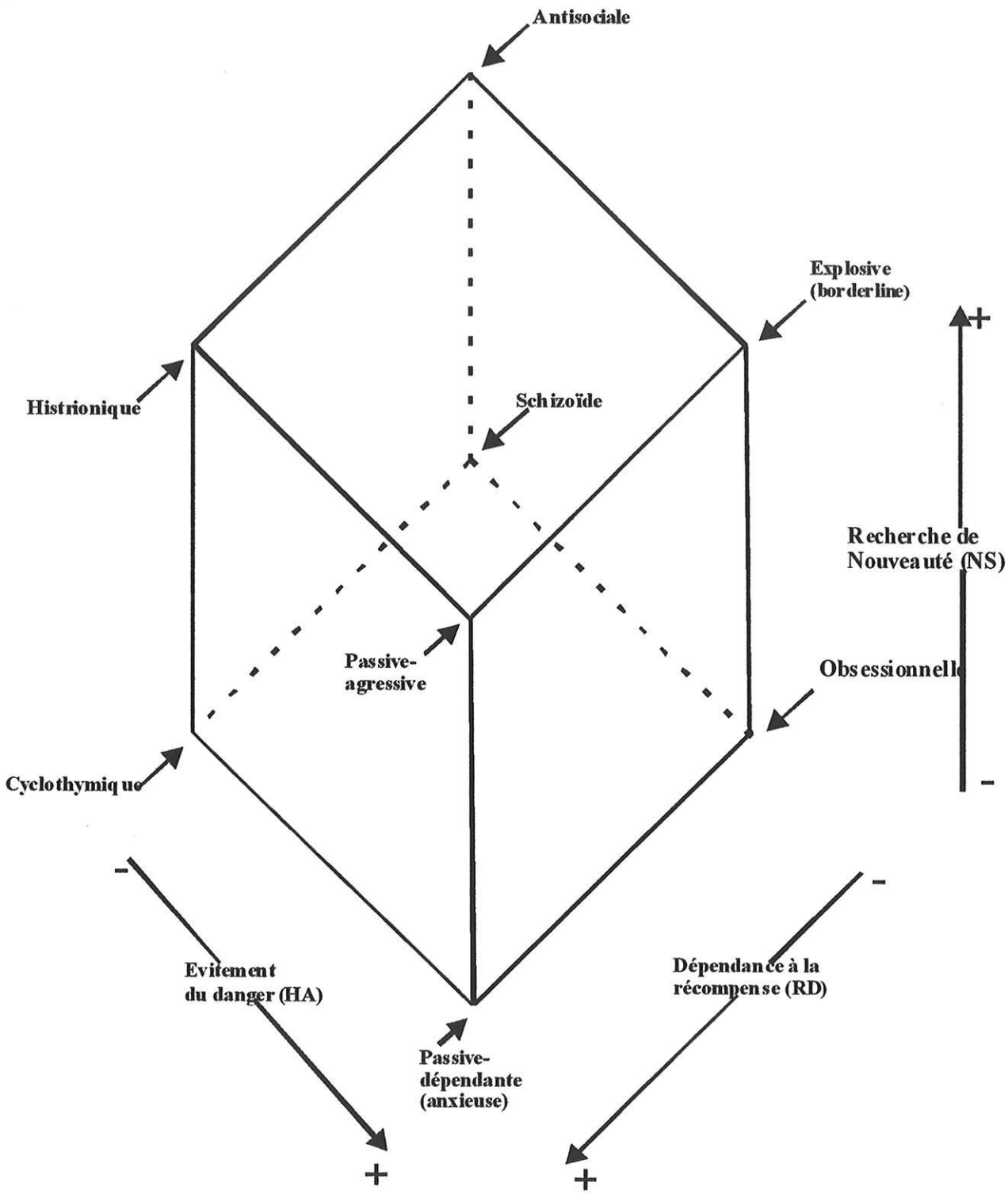
Le calcul des scores bruts se fait pour chaque sous-échelle en comptant 1 point chaque fois que la réponse du sujet correspond à la configuration de la grille d'interprétation située sur la dernière page du questionnaire. Le calcul est identique pour les scores globaux : il s'agit d'additionner les sous-scores pour chaque dimension (NS= NS1+NS2+NS3+NS4). On peut également transformer ces résultats en scores pondérés : ils correspondent aux scores bruts divisés par le nombre d'items pour chaque sous-échelle ou échelle, et multipliés par 100 pour obtenir des pourcentage. Ainsi les « sujets normaux » équilibrés obtiendraient des scores moyens (50 % en scores pondérés).

Le caractère est la résultante de trois types de maturité différente acquise au cours de la vie ; le score « normal » pour chacune de ces dimensions doit être le plus proche du total (100 %).

Les trois dimensions de caractère sont la « Détermination », dimension de maturité individuelle (estime de soi, volonté, ténacité), la « Coopération », qui traduit la maturité sociale (sociabilité, ouverture, tolérance), et enfin la « Transcendance » qui exprime le niveau de maturité spirituelle (capacité de méditation et de réflexion non matérialiste) et mesure la spiritualité et la religiosité de l'individu. Les scores de caractères permettent de différencier les sujets ayant un bon niveau d'adaptation (scores élevés), de ceux qui, du fait d'une fragilité individuelle, s'adaptent moins bien (scores bas).

Le profil de tempérament intervient en deuxième approche pour appréhender les troubles de personnalité, en tenant compte des déviations éventuelles. Pour parler de trouble de la personnalité, il est nécessaire à la fois que les trois premières dimensions du tempérament s'écartent de la norme (NS et HA et RD) et également au moins une dimension du caractère (SD ou RD), permettant de calculer un indice de personnalité pathologique (IPP) >0.

La grille d'interprétation en dernière page du questionnaire (voir annexe) permet le calcul des scores bruts et des scores pondérés, de l'indice de personnalité pathologique (IPP), des traits de personnalité et d'approcher les troubles de la personnalité (schizoïde, passif-dépendant, histrionique, passif-agressif, anti-social, explosif, cyclothymique et obsessionnel



REPRÉSENTATION GRAPHIQUE DES CATÉGORIES CLASSIQUES DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ A L'AIDE DES DIMENSIONS DU TEMPÉRAMENT DU TCI

L'International Personality Disorder Examination (Loranger et al, 1994) dans sa version VKP (Annexe 5)

Une deuxième évaluation de la personnalité a été réalisée avec l'International Personality Disorder Examination *(131)* dans sa version VKP (en néerlandais, vragenlijst klinische persoonlijkheid). Le VKP, traduit en français par Pull en 1991, évalue la phénoménologie et le vécu du sujet dans le cadre des troubles de la personnalité définis par les critères du DSM III-R/IV *(132)* et de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10). Cette évaluation offre un confort de passation et d'interprétation et est étayée par des données bibliographiques sur son utilisation chez le sujet âgé *(133, 134)*. Elle est préconisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour une unification des méthodes d'évaluation de la personnalité au niveau international. Les questions sont regroupées selon six rubriques : travail, soi, rapports interpersonnels, sentiments, examen de la réalité, contrôle des impulsions. Les sections sont introduites en libre discussion ce qui offre l'occasion au patient de discuter du sujet avant de répondre à la question qui suit. Le score mesuré est basé sur la convention qu'un comportement ou trait peut être : absent ou normal (0), exagéré ou accentué (1), présent à un niveau pathologique (2), ou non applicable à la personne interrogée (NA) ; quand celle-ci refuse de répondre l'enquêteur le note. Il existe une seconde colonne pour la cotation des données venant d'un informateur fiable ; en cas de contradiction claire, les scores du sujet sont corrigés à la faveur de ceux issus de l'informateur.

Le score final à partir de la grille de cotation fournit les informations suivantes pour chaque trouble de la personnalité du DSM III-R et de la CIM 10 : présence ou absence pour chaque critère ; nombre de critères trouvés pour chaque désordre ; diagnostic définitif, probable, négatif pour chaque trouble de la personnalité de l'axe II du DSM III-R ; nombre et identité des critères basés sur une information de l'informant ; un score dimensionnel pour chaque désordre.

L'échelle d'évaluation de la qualité de vie SIP révisée *(135)* (Annexe 6)

Il s'agit d'un autoquestionnaire spécifique dérivé de la Sickness Impact Profile (SIP).Il explore 4 dimensions : forme physique (5 questions), forme intellectuelle et morale (4 questions), forme sociale (4 questions), et impact du traitement (4 questions). Chaque item est coté de 0 à 3, soit 4 sous score et un score global, permettant d'apprécier de façon fiable l'impact sur la qualité de vie. Dans notre étude, la quatrième partie consacrée au traitement antidépresseur n'est pas utile ; ainsi le score maximum possible est de 39 au lieu de 51 pour la totalité de l'échelle. Les scores élevés traduisent une mauvaise qualité de vie.

3. Analyse statistique

L'analyse descriptive s'est faite par des calculs de pourcentage pour les variables qualitatives et moyennes plus ou moins écart-type pour les variables quantitatives (minimum - maximum). L'analyse comparative a utilisé des tests du Chi^2, pour tester l'association entre des variables qualitatives et des tests de comparaison de moyenne (test t de Student ou analyse de variance en fonction du nombre de groupes) pour tester le lien entre une variable qualitative et variable quantitative. Le lien entre deux variables quantitatives a été estimé par le calcul d'un coefficient de corrélation.
Les comparaisons entre population générale et patient obèse ont fait appel à des modèles linéaires généralisés ajustés sur l'âge.

Le degré de signification a été fixé à 0,05 pour l'ensemble des analyses.

II. RESULTATS DE L'ETUDE

Concernant les histogrammes, les chiffres repris en ordonnées correspondent au nombre de patients.

1. Données sociodémographiques

1.1. Répartition par âge

L'âge moyen des patients est de 42 ±12. Le plus jeune a 18 ans et le plus âgé a 76 ans.

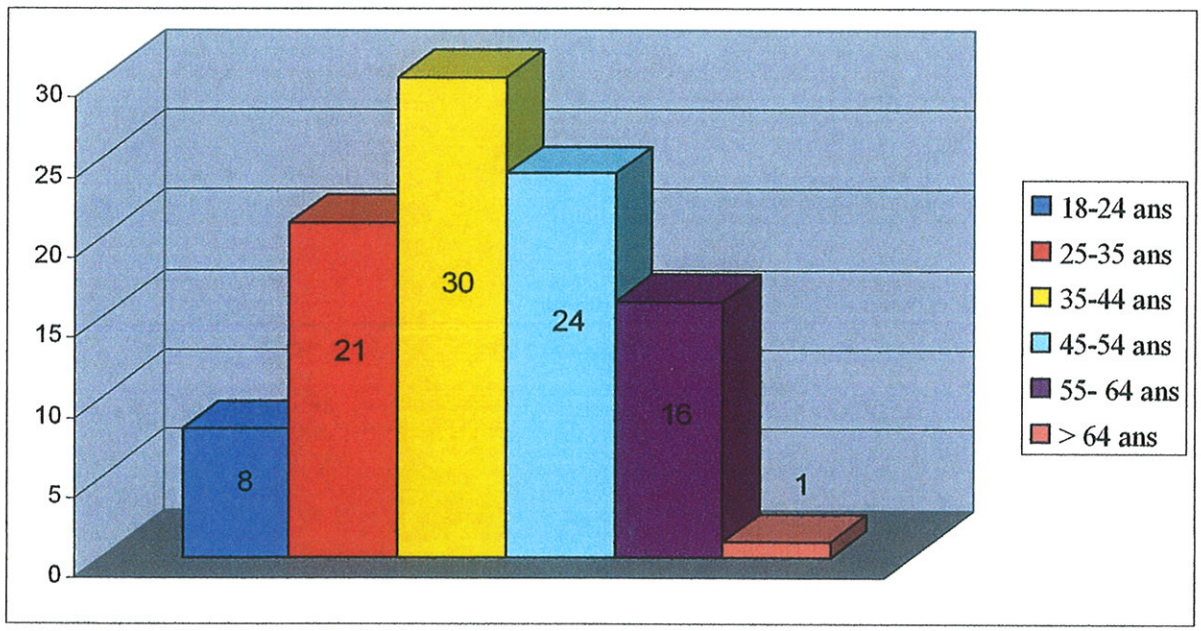


Figure n° 1 : répartition par tranche d'âge

Trois quarts des patients se situent dans la tranche d'âge 25-54 ans. Au deux âges extrêmes, les chiffres sont très faibles.

1.2. Sex- ratio

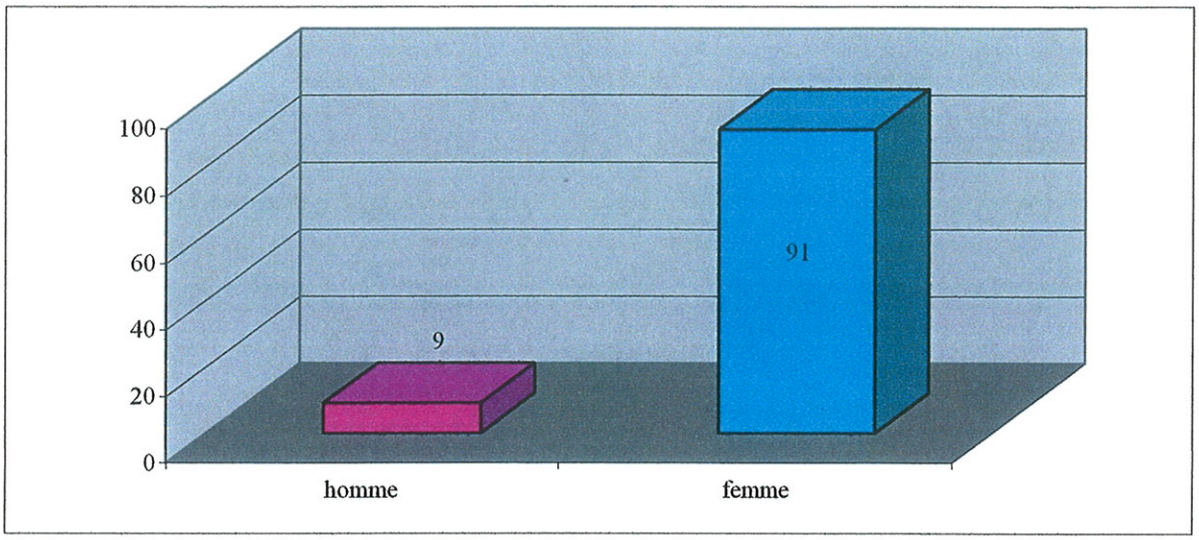


Figure n°2 : répartition par sexe

On note une très nette prédominance féminine.

1.3. Niveau socio-economique

Répartition par patients ayant la couverture médicale universelle (CMU).

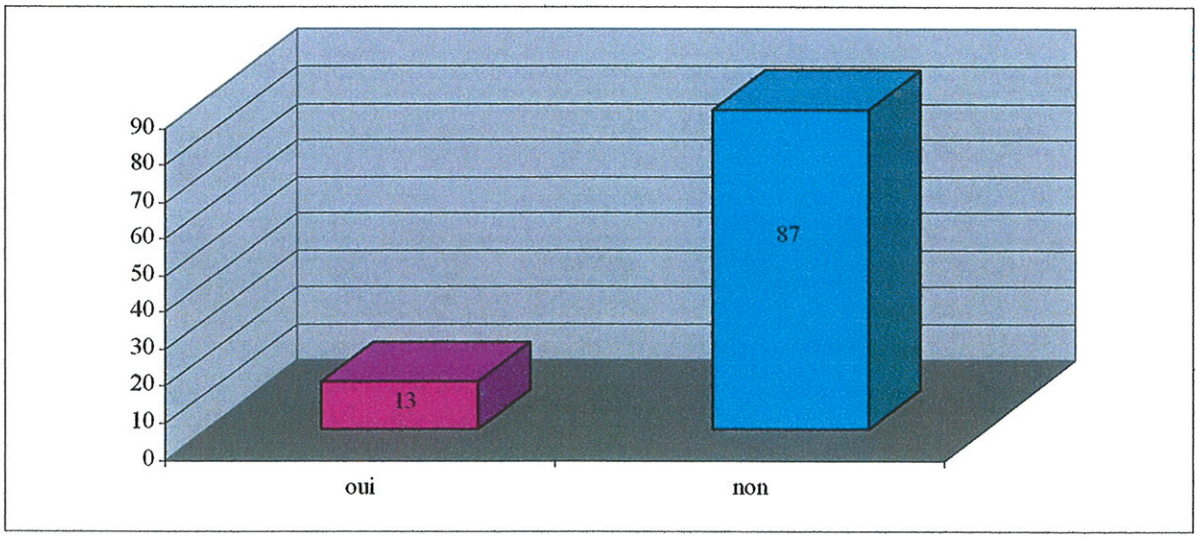


Figure n°3 : CMU

13% de patients ont la CMU. Il s'agit uniquement de femmes ; ceci peut s'expliquer par le fait qu'elles représentent la quasi-totalité des personnes opérées.

1.4. Situation familiale

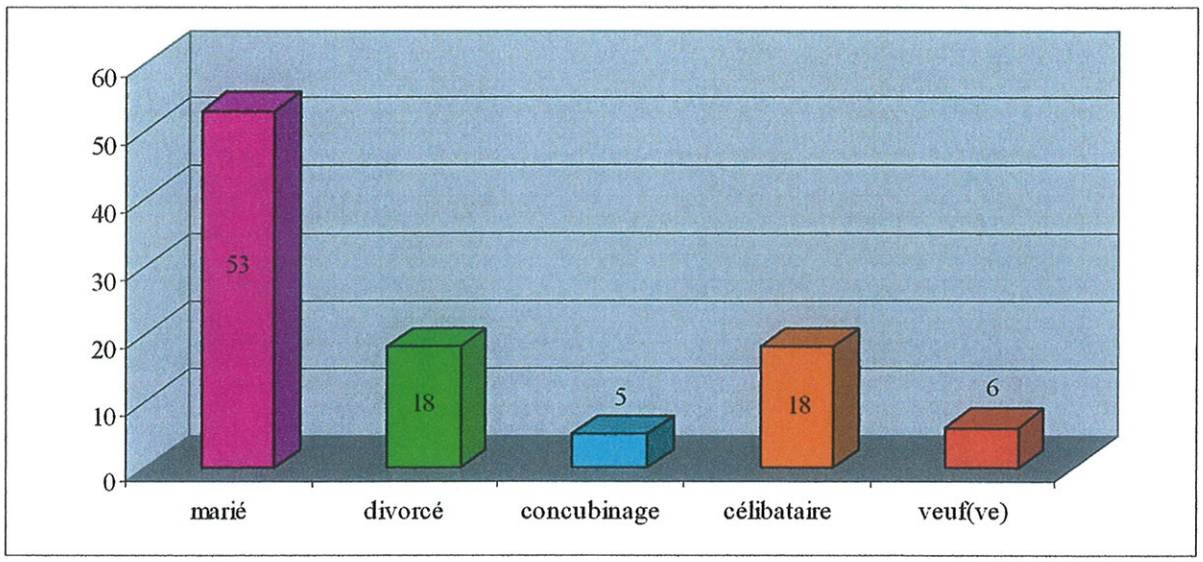


Figure n° 4 : situation familiale

58% des patients vivent en couple, les autres vivent seules.

1.5. Parité

Le nombre moyen d'enfants est de 2 ±1,3. Le minimum est de 0 et le maximum d'enfants est de 6.

1.6. Niveau d'étude

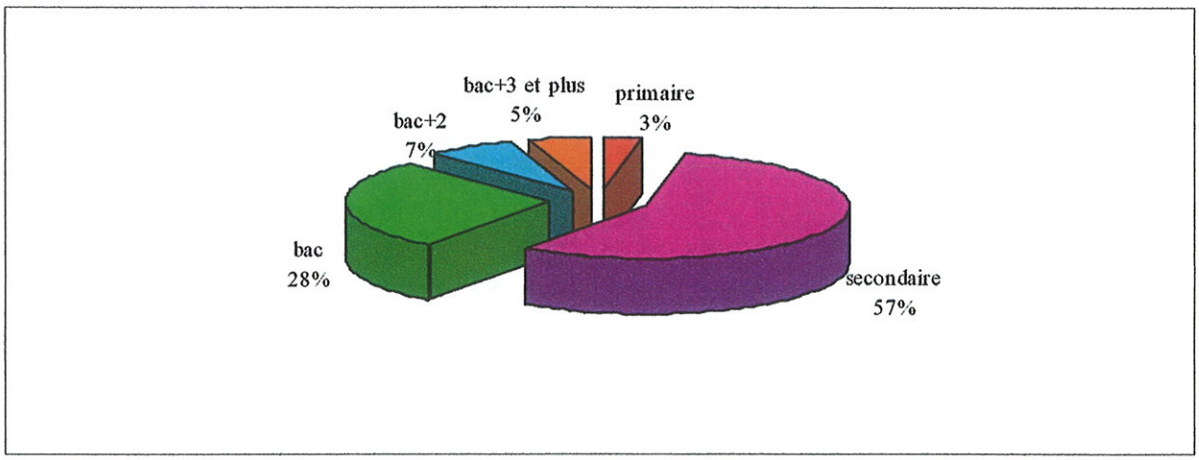


Figure n° 5 : niveau d'étude

La majorité des patients n'ont pas le baccalauréat puisque cela concerne 60% des patients. On constate que seulement 12% ont un niveau supérieur au BAC.

1.7. Situation professionnelle

Tableau n° 1

situation professionnelle	nombre
agriculteur	0
artisan - commerçant	5
cadre - profession libérale	2
profession intermédiaire - agent maîtrise	4
employé	35
ouvrier	7
chômeur	2
retraité	6
étudiant	5
Autre inactif (mère au foyer…)	34
total	100

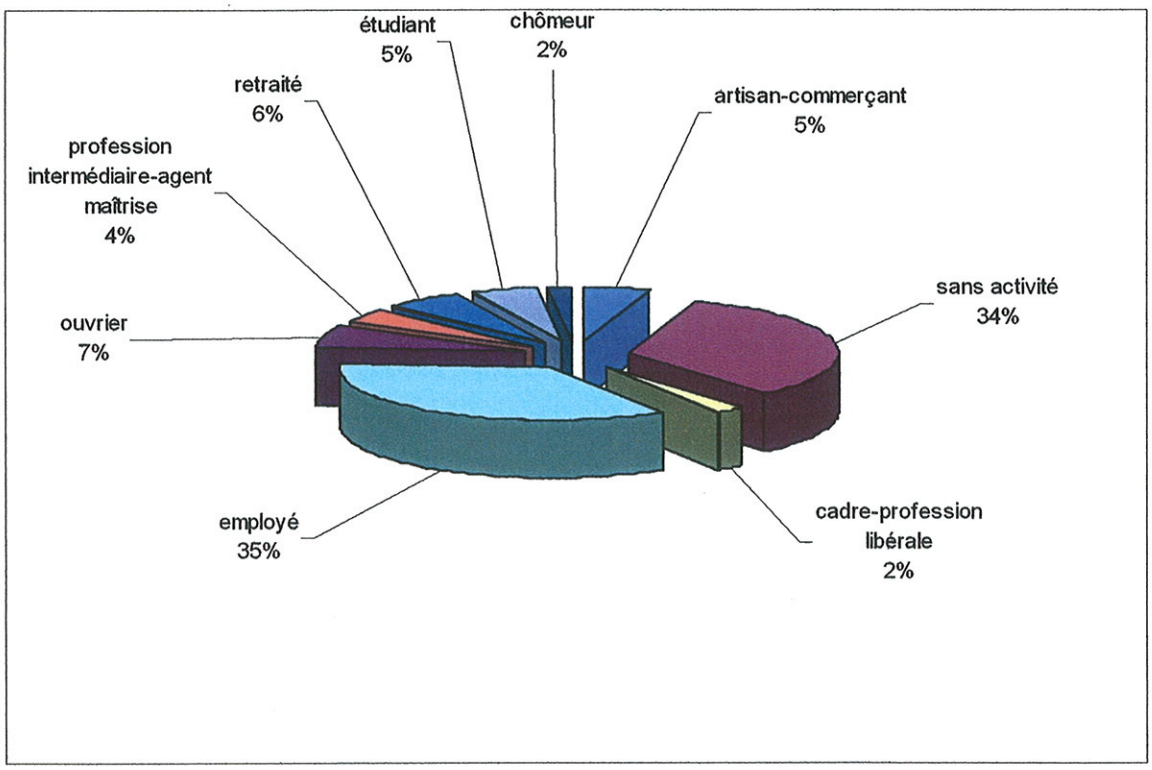


Figure n° 6 : situation professionnelle

53% de patients ont une activité professionnelle. Parmi elles, 80% appartiennent aux catégories les moins valorisées. Le nombre élevé d'employés s'explique par le fait que la majorité des personnes opérées sont des femmes peu diplômées et qu'elles sont classées dans cette catégorie.

Par contre, concernant les sans activité, la grande majorité est composée de femmes au foyer.

2. Données sur l'obésité

2.1. Poids

Le poids moyen est de 115,4kg ± 13,9 avec un minimum de 87 kg et le maximum de 150kg

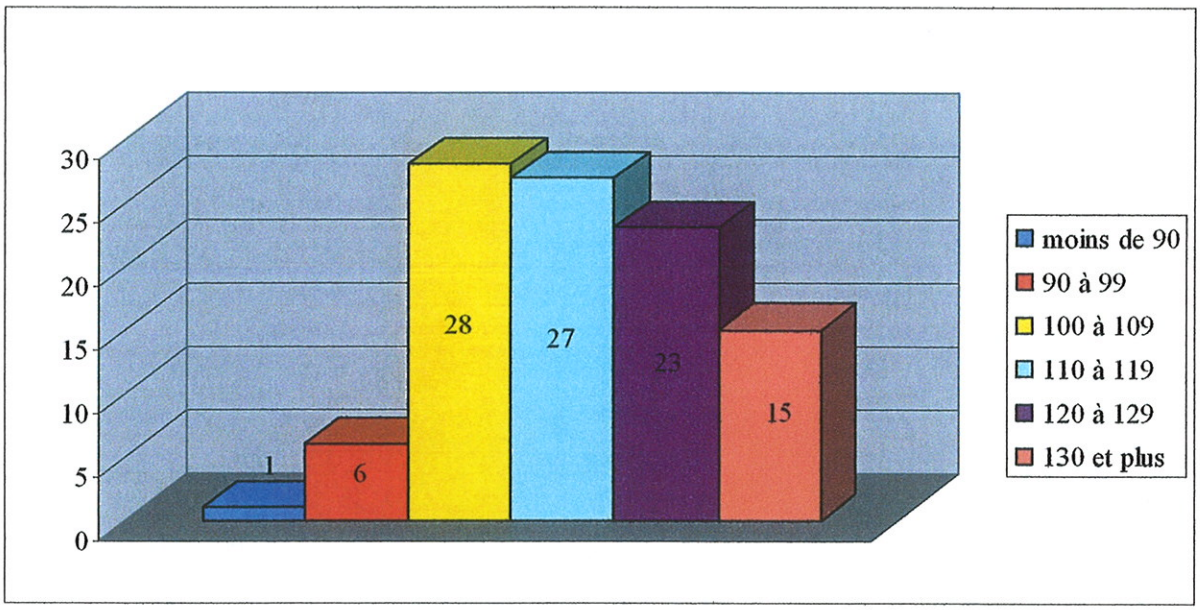


Figure n°7 : poids des patients

93% des patients dépassent les 100 kg, que l'on peut considérer comme un seuil psychologique.

2.2. IMC

L'IMC moyen est de 43 ± 4,5 avec un minimum de 36 et le maximum de 58.

La sévérité de l'obésité se définit par tranche d'IMC :

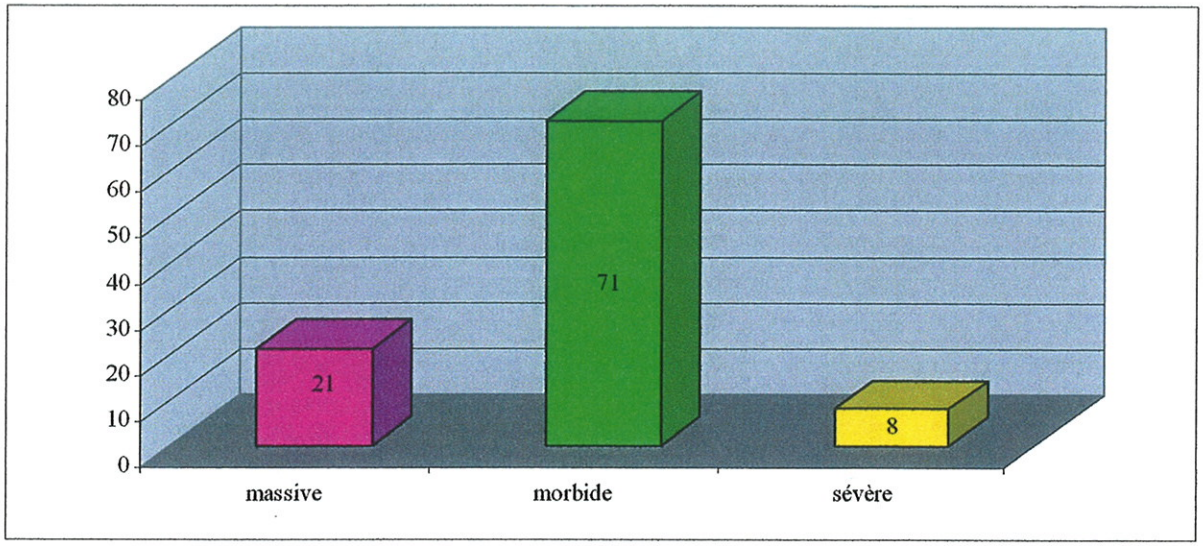


Figure n° 8 : sévérité de l'obésité

Il y a 21% de patients ayant une obésité massive (IMC entre 35-39 kg /m²),71% ont une obésité morbide (IMC entre 40-49 kg /m²), et enfin 8% se situe dans la zone des obésités sévère (IMC au-delà de 50 kg /m²).

Descriptif de la moyenne de l'IMC par tranche d'âge

Tableau n°2

	IMC moyen	écart-type	IMC minimum	IMC maximum
18-24 ans	42	4	36	48
25-35 ans	44,6	5,4	38	58
35-44 ans	42,9	4,3	36	52
45-54 ans	42,6	4,2	38	57
55- 64 ans	42,1	3,9	36	49
> 64 ans	46	-	-	-

C'est la tranche d'âge de 25 à 34 ans où les patients ont un IMC moyen le plus élevé à 44,6 ± 5,4 avec un maximum record de 58.

Dans les autres tranches d'âge on trouve des patients avec des IMC moyens plus homogènes voisins de 42.

2.3. Facteurs héréditaires de l'obésité

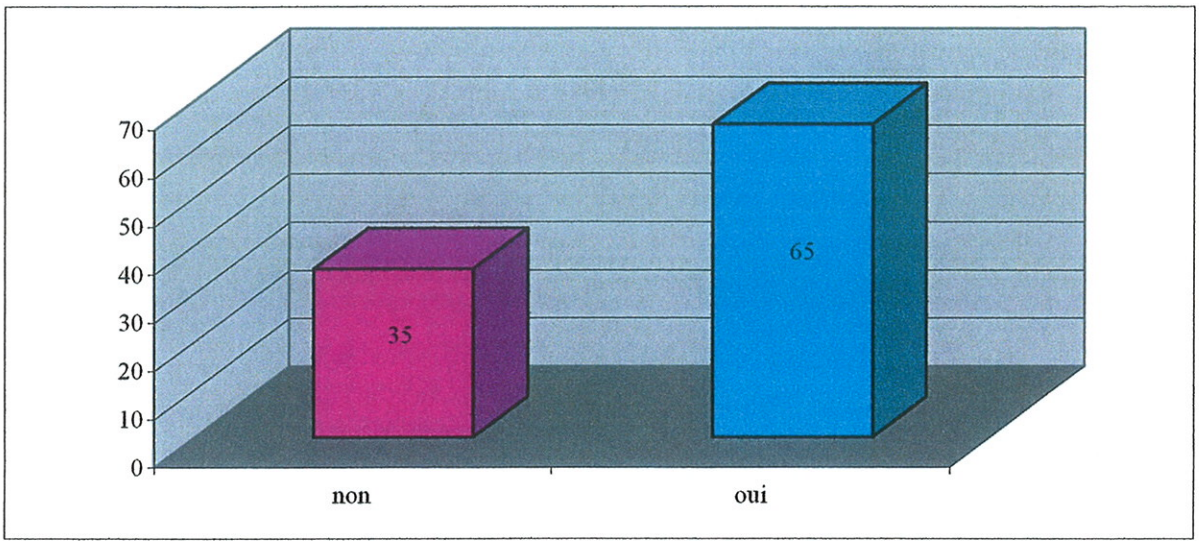


Figure n° 9 : hérédité de l'obésité

Prés des deux tiers des patients de notre étude ont des antécédents familiaux parentaux d'obésité, ce qui pourrait être en faveur du caractère héréditaire de cette maladie.

2.4. Comorbidités associées à l'obésité

Tableau n° 3

comorbidités	nombre
HTA	26
dyslipidémie	23
IDM-angor-insuffisance cardiaque	2
DNID	17
apnée du sommeil	3
affection rhumatologique	34
insuffisance veineuse-varices	8
phlébite	1
incontinence	3
dépression	34
HTIC	1
stérilité	1
RGO-hernie hiatale	10

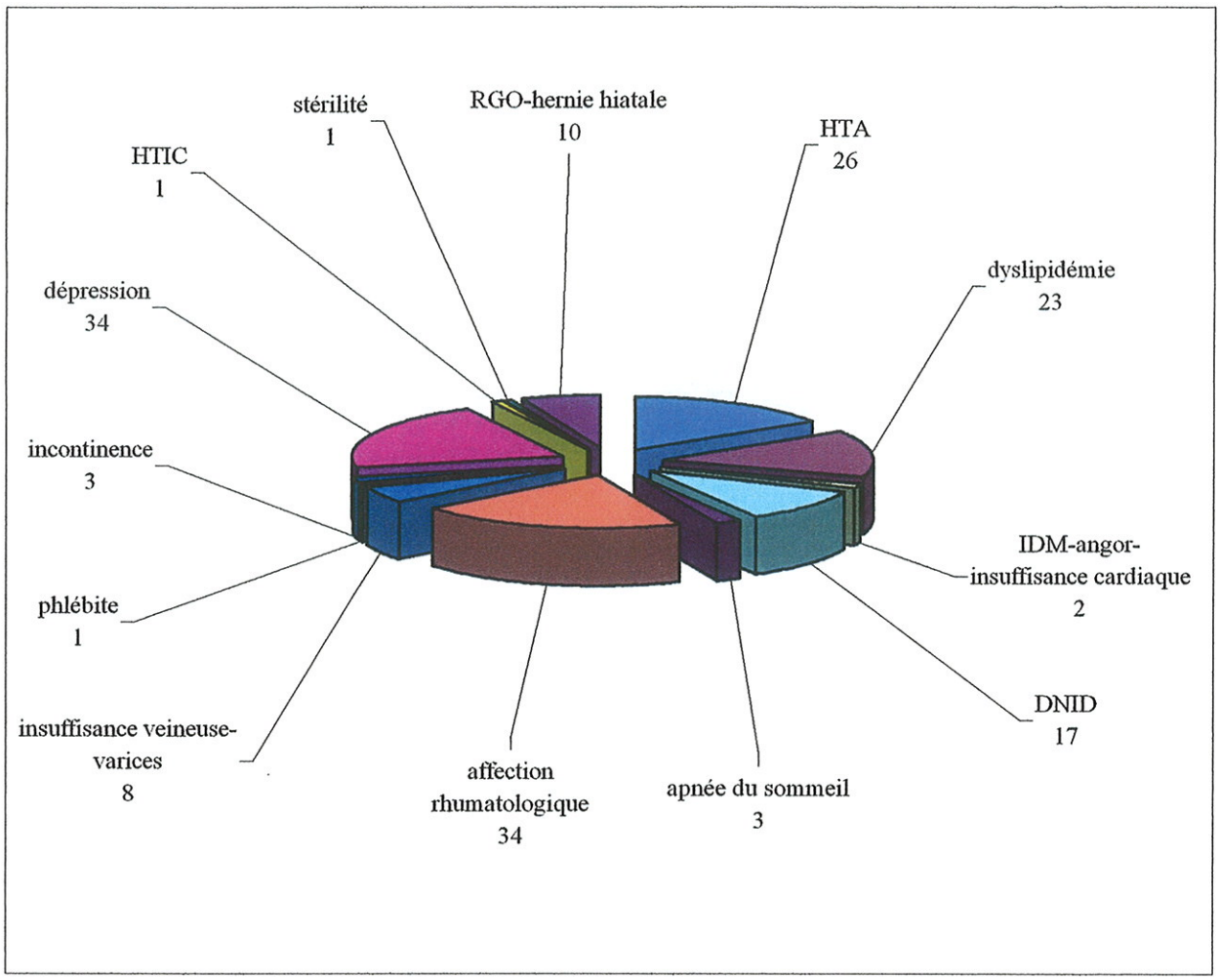


Figure n° 10 : comorbidités

Les affections rhumatologiques et la depression sont les deux comorbidités les plus retrouvées dans cette étude avec un pourcentage de 34. Puis viennent ensuite à des taux sensiblement équivalents : l'HTA à 26%, les dyslipidémies à 23% et le DNID avec une prévalence de 17%. Les problèmes digestifs avec notamment le reflux gastro-oesophagien et la hernie hiatale ont un taux à 10% voisin de celui des problèmes d'insuffisance veineuse qui est de 8%.

Répartition des patients obèses en fonction du nombre de comorbidités :

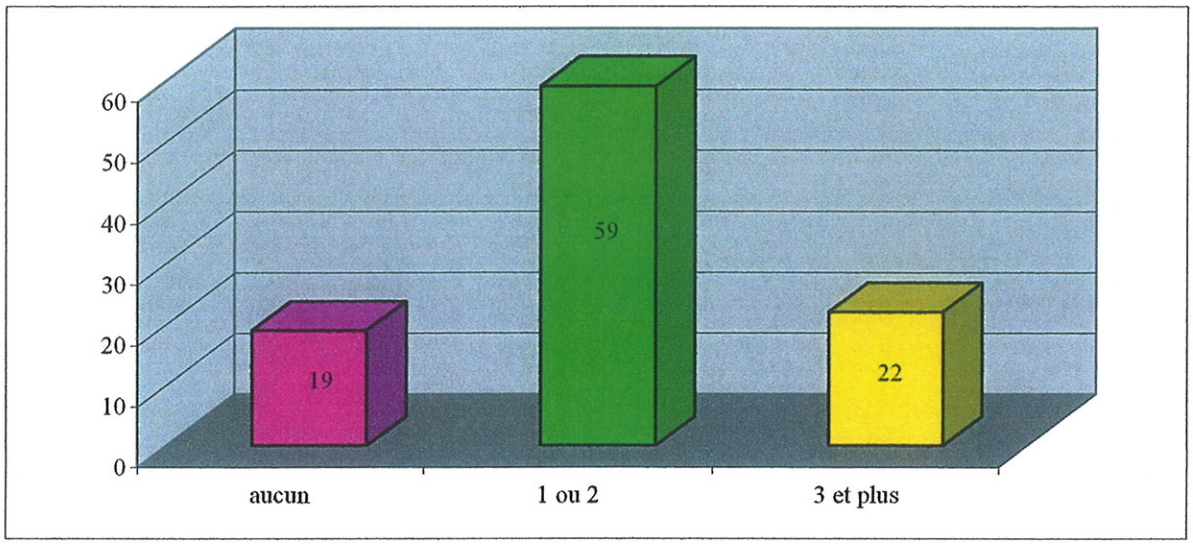


Figure n° 11 : nombre de comorbidités

81% des patients ont, en plus de l'obésité au moins un antécédent de comorbidité, 22% en ont au moins trois. Il n'y a que 19% seulement de patients sans comorbidités.

2.5. Antécédents d'alcoolisme et/ou de tabagisme

Il n'y a aucun patient souffrant d'alcoolisme.

Il y a par contre 24% de patients qui ont des antécédents de tabagisme dont 4 patients ont un tabagisme modéré (moins de 10 cigarettes par jour) et 8 un tabagisme important (plus d'un paquet par jour). La moitié ne fumait plus au moment de l'intervention depuis au moins un an.

2.6. Antécédents psychiatriques et traitements

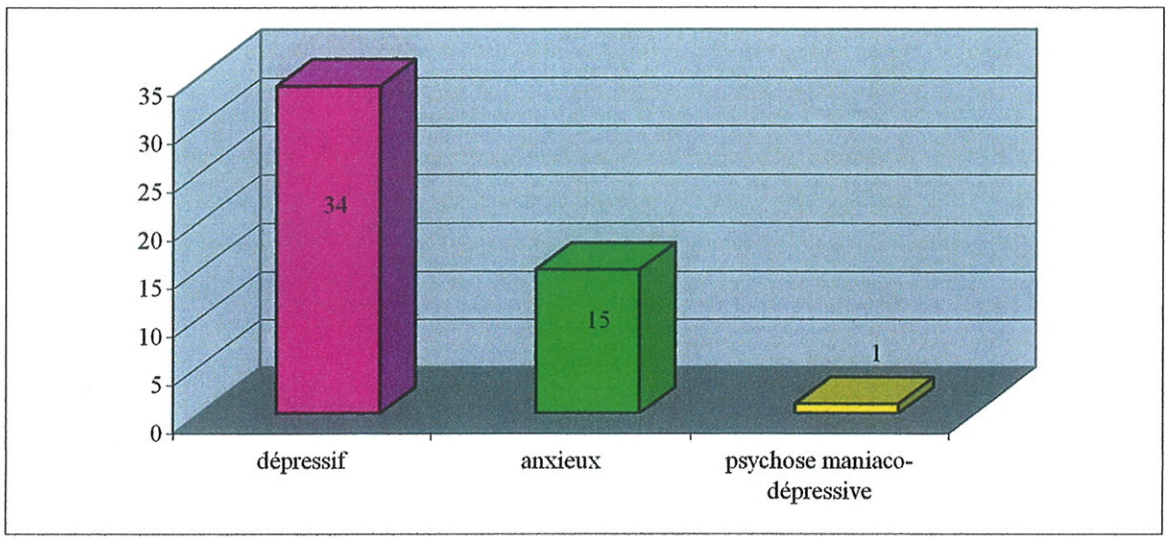


Figure n° 12 : antécédents psychiatriques

1 patient sur 2 a des antécédents psychiatriques, ce qui montre la fragilité psychologique de ces patients souffrant d'obésité.

Dans notre étude une patiente souffre d'une psychose maniaco-dépressive stabilisée et préparée pendant plus d'un an à l'intervention chirurgicale. Elle a perdu 39 kg, va mieux et on a même allégé son traitement psychiatrique.

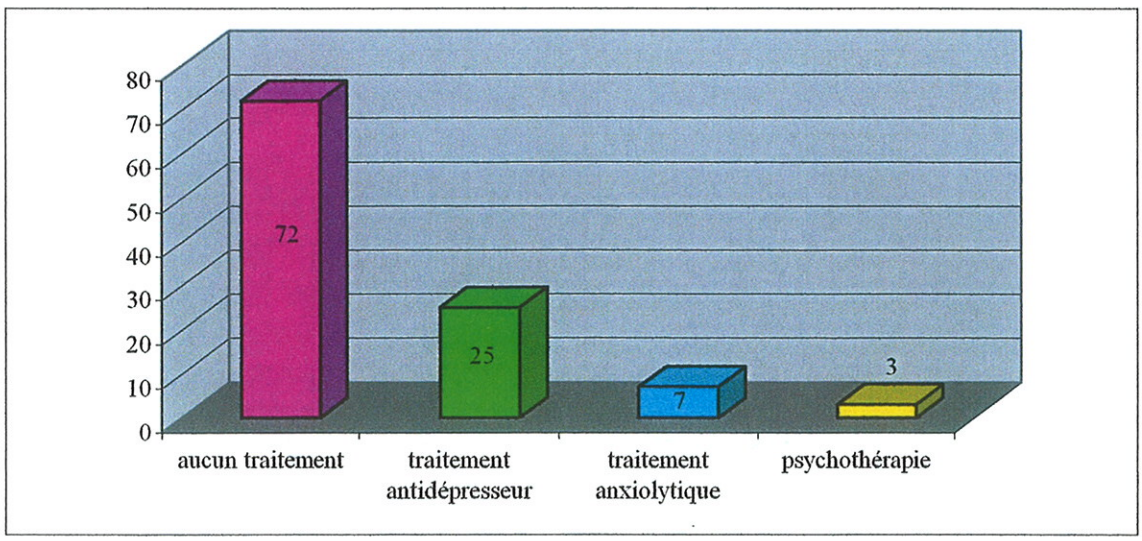


Figure n° 13 : traitements psychiatriques

Un quart des patients ont actuellement un traitement antidépresseur.

Il y a donc un mal-être chez les patients candidats à la chirurgie.

2.7. Début et circonstances de survenue de l'obésité

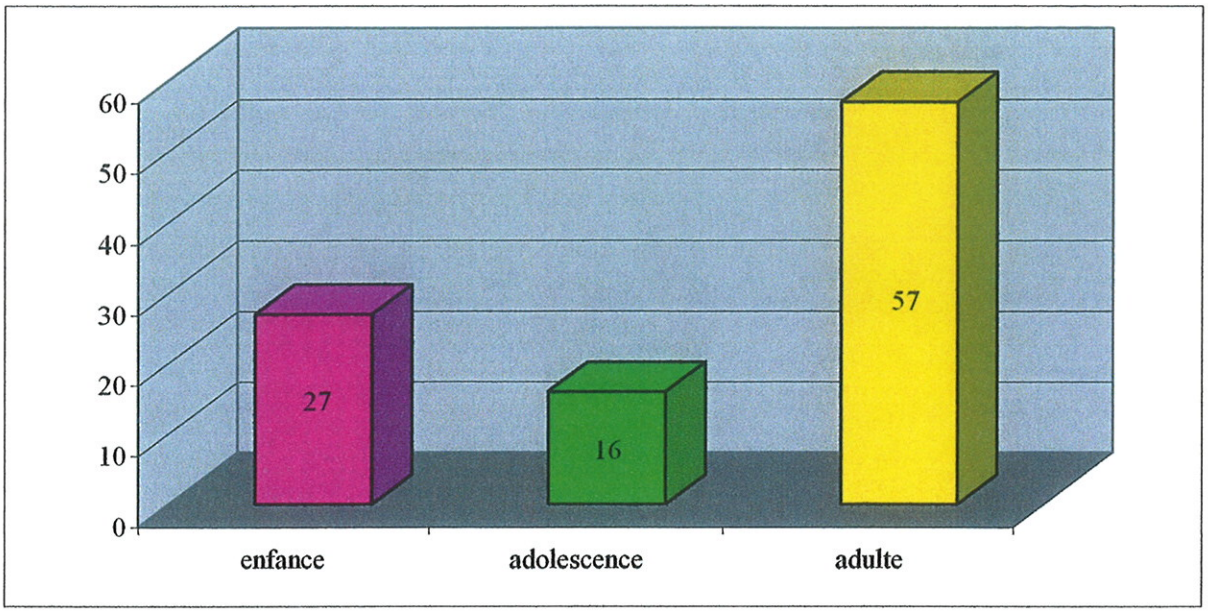


Figure n°14 : début de l'obésité

Plus de la moitié des patients ont pris du poids à l'âge adulte.

Evénements de vie :

Tableau n° 4

évènements de vie	nombre
grossesse	42
mariage	2
décès d'un proche	15
problème psychologique	6
problème médical	10
déménagement	2
divorce	6
conflits familiaux	3
problème professionnel	2

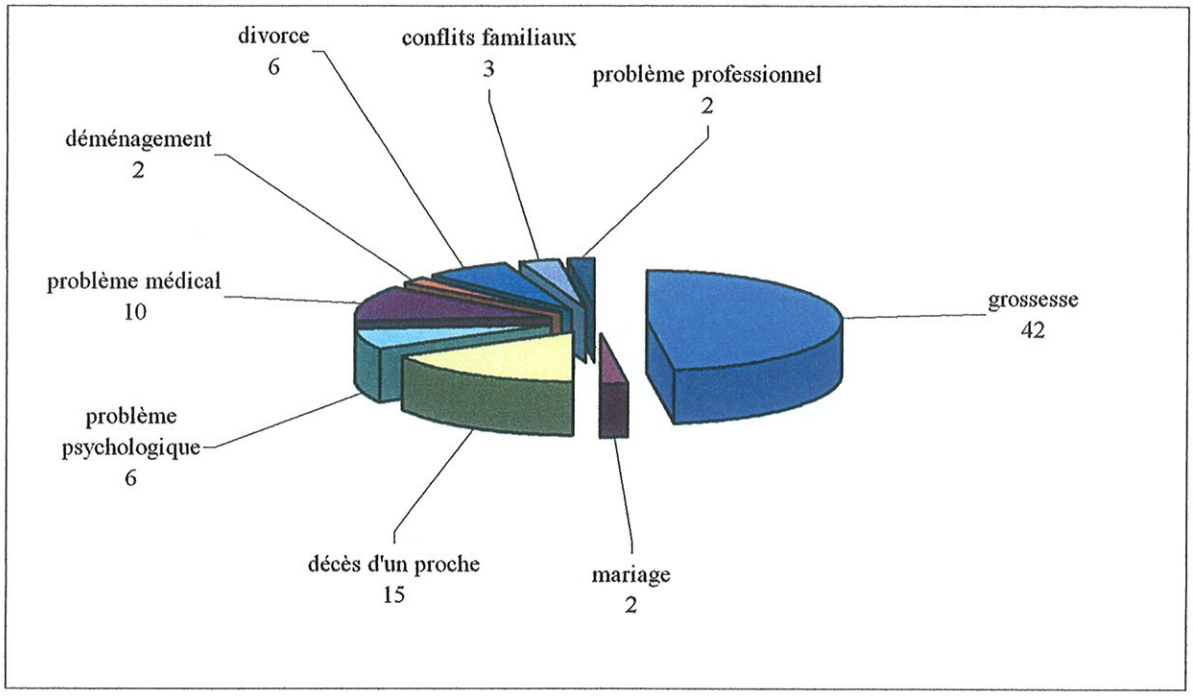


Figure n° 15: événements de vie

Les facteurs déclenchant la prise de poids sont le plus souvent la grossesse dans 42% des cas. La prise de poids gravidique va de 15 à 34 kg. Puis viennent ensuite des problèmes dans la vie familiale (décès, divorce,...) et professionnelle.

2.8. Comportements alimentaires

Plus de 80% des patients connaissent des problèmes d'hyperphagie et/ ou de grignotage.

3. Données sur la chirurgie bariatrique

3.1. Type d'intervention

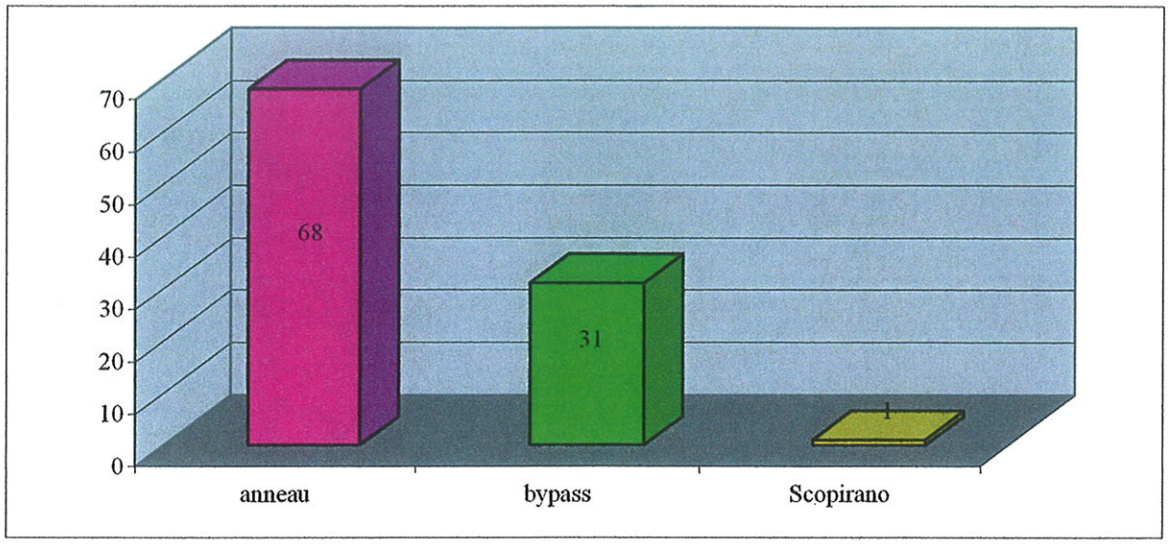


Figure n°16 : type d'intervention

68% des patients ont choisi la gastroplastie par anneau c'est-à-dire la technique la plus médiatisée et présentée comme la plus simple.

3.2. Motivation chirurgicale

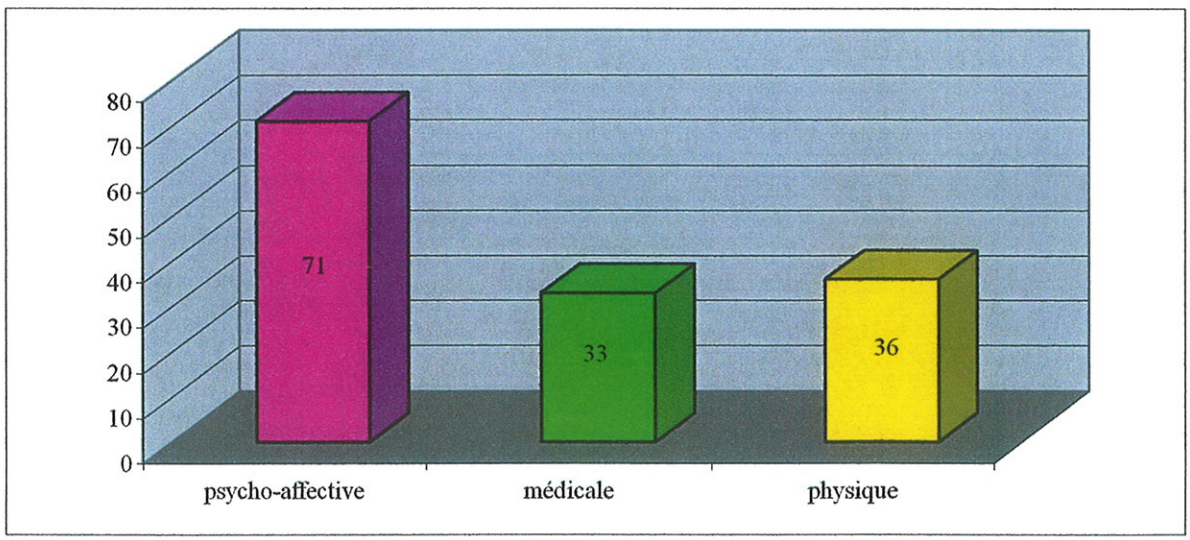


Figure n°17 : motivation chirurgicale

Il y a 71% des patients qui choisissent de se faire opérer par motivation d'ordre psycho-affectif. A des taux sensiblement équivalents nous trouvons la motivation d'ordre physique pour 36% des cas et la motivation pour des raisons médicales pour 33% des cas. Plusieurs motivations peuvent coexister chez le même patient.
Aucun ne choisira la chirurgie pour des raisons professionnelles.

3.3. Résultats à un mois

La perte de poids moyenne est de 8,5 ± 3,8 avec un minimum de 0kg et un maximum de 20kg.

Il n'y a que 7% de complications qui sont :

- des complications mineures pour 3 d'entres elles : deux ayant des problèmes de vidange gastrique et la troisième un œdème de l'anneau ;
- une seule complication médicale : phlébite ;
- trois complications ayant nécessité une reprise chirurgicale : une éventration sur l'orifice de drainage, une éventration préexistante non opérée et étranglée et une fièvre inexpliquée ayant nécessité une coelio exploratrice qui s'est révélée normale.

Il n'y pas eu de complications en rapport avec le montage chirurgical (pas de problèmes d'hémorragie ou de fistule).
Aucune mortalité n'est à déplorer.

4. Description des troubles psychopathologiques et de la qualité de vie

4.1. Descriptifs des troubles dépressifs et anxieux à partir de l'échelle de Goldberg et du MADRS

Tableau n° 5

	Goldberg anxiété seuil = 5	Goldberg dépression seuil = 2	MADRS seuil = 20
score ≥	51	64	13
score <	49	36	87
total	100	100	100

Nous avons pu grâce à l'échelle de Goldberg dépister 51% de patients anxieux et 64% de patients dépressifs.

Nous avons pu affinér nos recherches avec le MADRS qui nous a permis de diagnostiquer 13% de patients dépressifs.

4.2. Descriptifs des troubles anxieux à partir de l'échelle brève d'anxiété

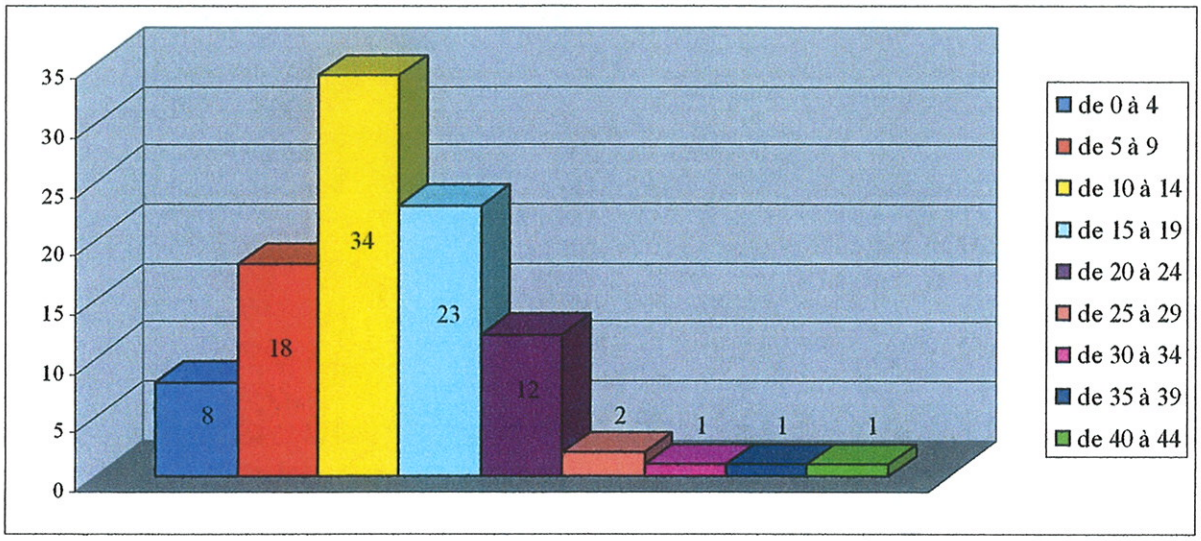


Figure n° 18 : anxiété selon l'échelle brève d'anxiété

Pour l'échelle brève d'anxiété, nous avons étudié différents scores seuils permettant d'affirmer le diagnostic d'anxiété. Celui de 20 a été retenu. Cet histogramme nous permet de voir qu'à partir d'un seuil de 20 il y a 17% de patient anxieux.

4.3. Descriptifs de la qualité de vie à partir de l'échelle d'évaluation de la qualité de vie (SIP révisé)

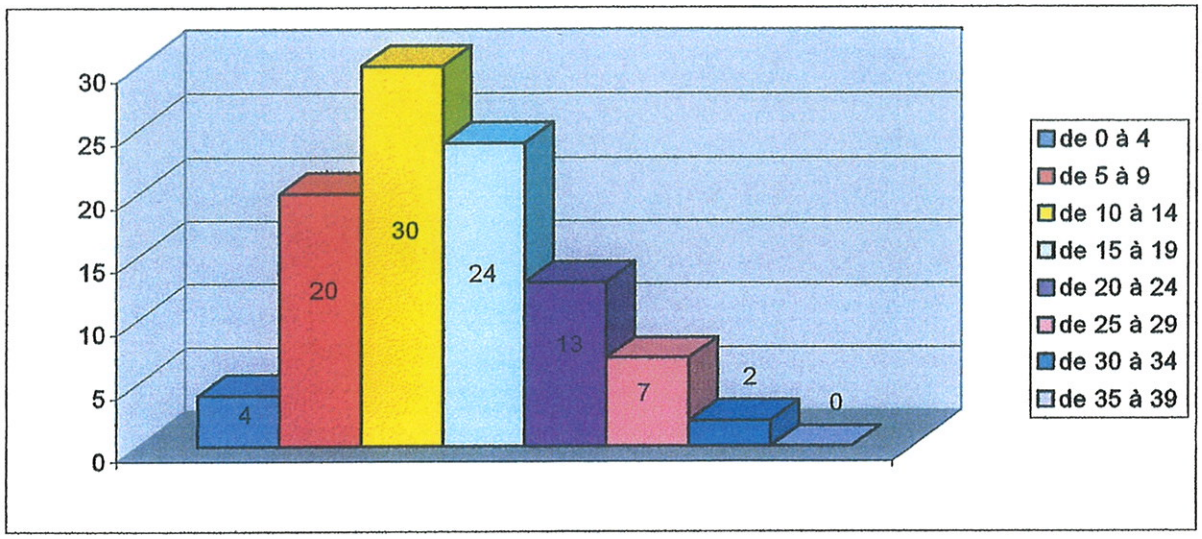


Figure n° 19 : qualité de vie selon l'échelle SIP

Il n'y a pas de seuil précis ; Plus le score total est élevé, plus la qualité de vie est mauvaise.
L'histogramme permet de montrer que 74% des patients ont un score total de 5 à 19 ce qui est dans l'ensemble un score de qualité de vie moyenne. Ils ne sont que 2% à avoir un score supérieur à 30 qui est plutôt mauvais.
Donc dans l'ensemble, sur les 100 patients, la qualité de vie est plutôt satisfaisante.

4.4. Descriptifs des troubles anxio-dépressifs et de la qualité de vie en fonction de la sévérité de l'obésité

- Distribution en fréquence des troubles anxieux et dépressifs en fonction de l'IMC :

Tableau n° 6

	Goldberg anxiété score ≥5	Goldberg anxiété score <5	Goldberg dépression score ≥2	Goldberg dépression score <2	échelle MADRS score ≥20	échelle MADRS score <20
obésité massive	14	7	19	2	4	17
obésité morbide	33	38	41	30	9	62
obésité sévère	4	4	4	4	0	8

- Distribution en fréquence des patients anxieux (dépistés par le Goldberg) en fonction de l'IMC

Tableau n° 7

type d'obésité	anxieux	non anxieux	total	% anxieux
obésité massive	14	7	21	66,7%
obésité morbide	33	38	71	46,5%
obésité sévère	4	4	8	50%

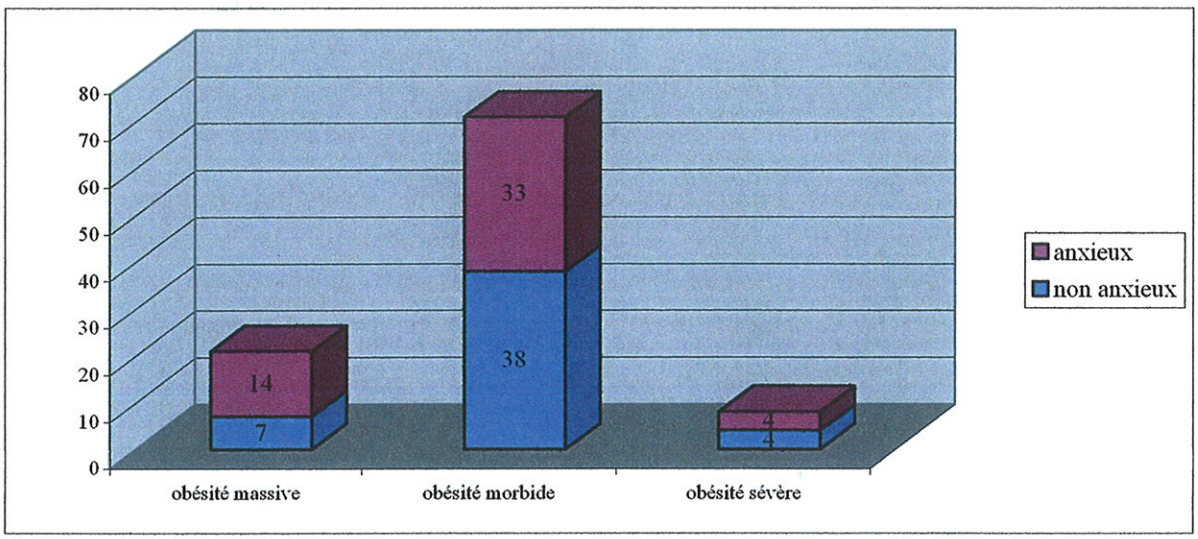


Figure n° 20 : relation anxiété – sévérité de l'obésité

En ce qui concerne l'obésité massive, on dénombre 66,7% de patients anxieux, 46,5% pour l'obésité morbide et 50% pour l'obésité sévère.

- Distribution en fréquence des patients dépressifs (dépistés par le Goldberg) en fonction de l'IMC

Tableau n° 8

type d'obésité	dépressifs	non dépressifs	total	% dépressifs
obésité massive	19	2	21	90,5%
obésité morbide	41	30	71	57,7%
obésité sévère	4	4	8	50%

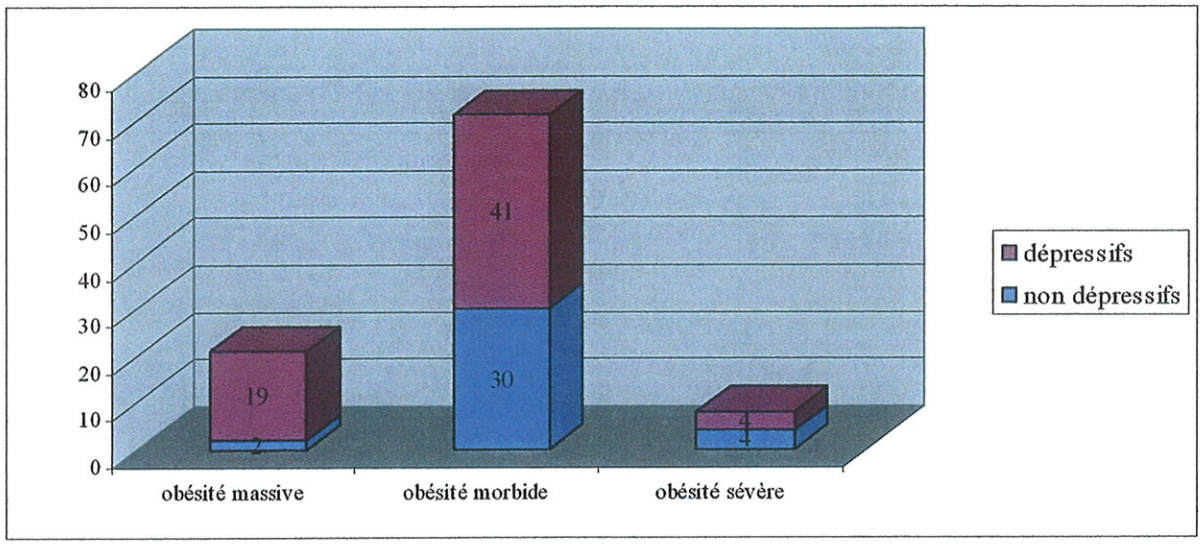


Figure n° 21 : relation dépression – sévérité de l'obésité

Dans l'obésité massive il y a 90% de patients dépressifs, 57,7% pour l'obésité morbide et 50% pour l'obésité sévère.

- Distribution en fréquence pour les patients dépressifs diagnostiqués par le MADRS en fonction de l'IMC

Tableau n° 9

type d'obésité	dépressifs	non dépressifs	total	% dépressifs
obésité massive	4	17	21	19%
obésité morbide	9	62	71	12,6%
obésité sévère	0	8	8	0%

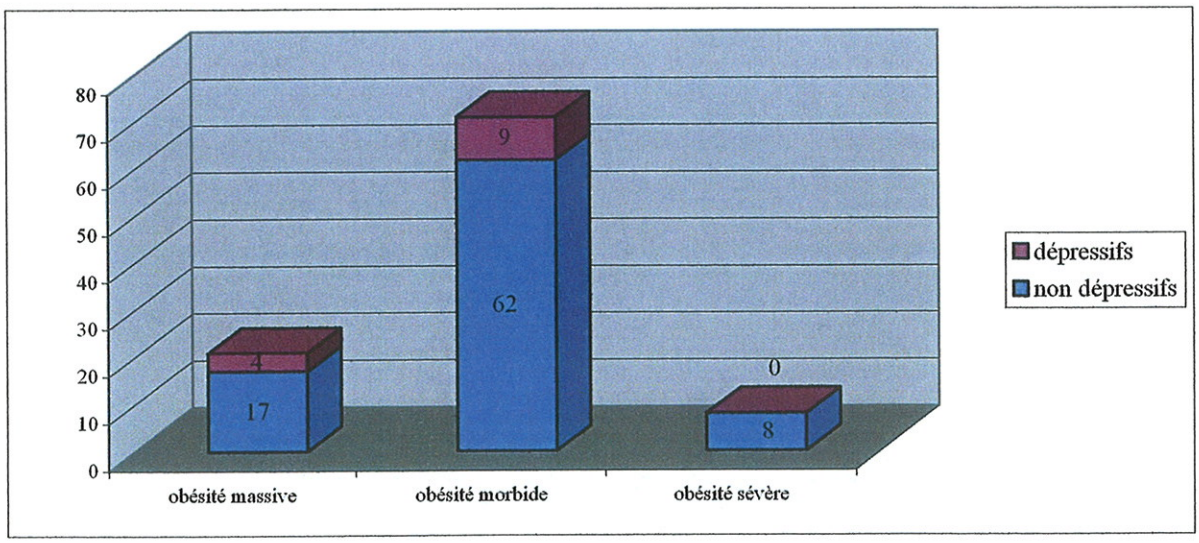


Figure n° 22 : relation dépression – sévérité de l'obésité (MADRS)

Dans l'obésité massive il y a 19% de patients dépressifs puis 12,6 % dans l'obésité morbide et aucun dans l'obésité sévère.

4.5. Descriptifs des dimensions de la personnalité à partir du TCI

Tableau n° 10

FEMMES

	Patients Obèses (N=91)		Population générale (N=339)		p (GLM) ajusté / age
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
NS	**19,38**	**5,45**	**16,29**	**5,77**	**< 0,001**
NS1	5,95	2,37	5,21	2,40	NS
NS2	3,77	2,00	3,61	2,20	NS
NS3	5,47	1,95	4,21	2,02	**< 0,001**
NS4	4,20	1,57	3,27	1,76	**< 0,001**
HA	**18,81**	**6,33**	**17,47**	**7,26**	**NS**
HA1	5,59	2,38	5,00	2,76	NS
HA2	4,75	1,62	4,71	1,89	NS
HA3	4,00	2,38	4,17	2,38	NS
HA4	4,47	2,15	3,59	2,36	NS
RD	**16,34**	**3,07**	**14,87**	**3,74**	**0,002**
RD1	7,67	1,57	7,33	1,66	NS
RD3	4,86	1,85	4,40	2,11	NS
RD4	3,81	1,31	3,14	1,45	**< 0,001**
P	**4,73**	**1,59**	**4,64**	**1,97**	**NS**
SD	**31,10**	**5,64**	**31,40**	**6,48**	**NS**
SD1	6,24	1,57	5,85	1,93	NS
SD2	5,20	1,76	5,12	1,85	NS
SD3	3,33	1,27	3,42	1,37	NS
SD4	8,26	1,80	7,97	2,37	NS
SD5	8,07	2,11	9,04	2,13	NS
C	**33,40**	**4,50**	**32,02**	**5,11**	**0,020**
C1	7,26	1,10	6,76	1,46	**0,004**
C2	5,48	1,25	4,73	1,40	**< 0,001**
C3	6,12	1,16	5,83	1,30	NS
C4	7,78	2,03	7,75	2,40	NS
C5	6,75	1,36	6,95	1,35	NS
ST	**13,95**	**4,92**	**14,23**	**6,26**	**NS**
ST1	4,85	2,70	4,99	3,34	NS
ST2	5,45	1,97	5,32	2,49	NS
ST3	3,65	1,93	3,93	2,12	NS

Tableau n° 11

HOMMES

	Patients Obèses (N=9)		Population générale (N=263)		p (GLM) ajusté / age
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	
NS	**21,44**	**6,42**	**16,45**	**5,32**	**NS**
NS1	6,33	2,29	5,36	2,32	NS
NS2	4,00	2,12	3,59	2,09	NS
NS3	5,56	2,30	4,14	2,07	NS
NS4	5,56	1,67	3,36	1,75	NS
HA	**20,56**	**8,57**	**14,46**	**6,80**	**0,004**
HA1	5,11	2,98	3,98	2,55	NS
HA2	4,44	1,67	3,96	1,89	NS
HA3	5,33	2,55	3,32	2,32	**0,019**
HA4	5,67	2,83	3,21	2,14	**< 0,001**
RD	**15,78**	**4,15**	**13,41**	**4,07**	**NS**
RD1	8,22	1,39	6,28	2,00	NS
RD3	4,11	2,47	4,19	2,19	NS
RD4	3,44	1,81	2,94	1,46	NS
P	**3,89**	**2,42**	**4,67**	**1,87**	**NS**
SD	**24,78**	**8,45**	**32,65**	**6,04**	**0,001**
SD1	5,22	1,86	6,14	1,57	NS
SD2	3,56	2,46	5,48	1,61	**0,001**
SD3	3,00	1,50	3,64	1,19	NS
SD4	6,89	3,92	7,99	2,44	NS
SD5	6,11	2,62	9,40	2,05	**< 0,001**
C	**28,00**	**7,60**	**31,28**	**6,24**	**NS**
C1	5,78	2,64	6,72	1,55	NS
C2	4,00	1,58	4,43	1,71	NS
C3	5,44	1,88	5,65	1,44	NS
C4	6,44	2,83	7,74	2,41	NS
C5	6,33	1,58	6,74	1,45	NS
ST	**13,67**	**3,94**	**12,98**	**5,74**	**NS**
ST1	4,89	3,18	4,30	2,94	NS
ST2	6,00	1,50	5,05	2,48	NS
ST3	2,78	1,48	3,63	2,04	NS

En ce qui concerne les dimensions de tempérament, on constate, à partir de ces tableaux, que pour les femmes obèses, il n'y a que pour les dimensions NS (recherche de nouveauté) et RD (dépendance à la récompense) que les scores sont significativement supérieurs à ceux des femmes de la population générale.
Pour les hommes obèses, c'est seulement la dimension HA (évitement du danger) qui a un score significativement supérieur à celui des hommes de la population générale.

Si l'on ramène les scores brut en scores pondérés moyens on s'aperçoit alors que :
- pour la dimension NS qui traduit une impulsivité et une instabilité, les femmes obèses ont en moyenne 48,5% contre 40,7% pour les femmes de la population générale. Elles ont donc un score pondéré très proche de 50% qui est le score moyen des « patients normaux » équilibrés. Plus en détails, nous constatons que ce sont les sous-dimensions NS3 (dépenses) et NS4 (anticonformisme) qui sont significativement différentes de ceux de la population générale. Ainsi pour NS3, le score pondéré moyen est de 61,1% soit plus élevé que la moyenne, ce qui traduit une tendance dépensière ; pour NS4, le score est plus proche de la moyenne avec 42%.

- pour la dimension RD qui traduit la dépendance à la récompense, les deux populations de femmes ont des scores supérieurs à 50%. Mais ce sont les femmes obèses qui ont un score plus élevé avec 67,9% contre 65,8% en moyenne pour les femmes de la population générale. Cela traduit donc un niveau important de dépendance affective avec une plus grande tendance pour la sous-dimension RD4 qui a un score significativement supérieur pour les femmes obèses à 63,3% qui exprime le besoin de soutien.

- pour la dimension HA qui traduit l'évitement du danger, seuls les hommes obèses ont un score supérieur à 50% avec 58,8% en moyenne. De plus ce sont les sous-dimensions HA3 et HA4 qui ont respectivement un score pondéré moyen de 66,2% et 63,3%, ce qui traduit une tendance à être anxieux en situation sociale, une asthénie et une perte d'énergie avec difficulté de récupération après une période de maladie ou de stress.

En ce qui concerne les dimensions de caractère, il n'y a que 2 dimensions qui ont des scores significativement différents de ceux de la population générale.
Pour les femmes, c'est la dimension C (coopération) avec un score plus élevé chez l'obèse avec 79,5% contre 76,2% dans la population générale. Ceci permet de dire qu'elles ont une

bonne adaptation pour la coopération sociale. De plus, ce sont les sous-dimensions C1 et C2 qui ont les scores significativement supérieurs et elles traduisent une tolérance sociale et une empathie avec don de soi.

Pour les hommes, c'est la dimension SD (détermination) qui a un score moins élevé avec 56,3% pour les obèses contre 74,1% pour la population générale. Ils sont donc plus fragiles et s'adaptent moins bien. Les deux sous-dimensions significativement différentes sont SD2 et SD3 qui ont des scores voisins de 50% soit une tendance à ne pas avoir ni d'objectif ni de réflexe efficient.

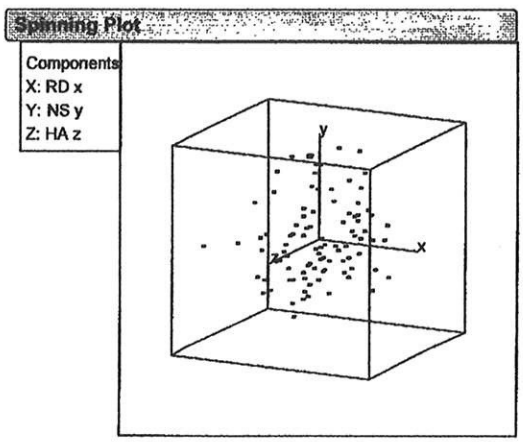


Figure n° 23 : représentation graphique des troubles de la personnalité

A partir des scores des dimensions NS, RD et HA, il est possible d'organiser ces dernières afin de dresser un profil de personnalité. Ce profil est construit d'après les trois dimensions de tempérament du TCI placés sur les arêtes d'un cube.

On constate donc que la répartition des dimensions de tempérament n'est pas homogène. Il n'y a pas de profil de personnalité particulier qui se détache.

5. Liens entre l'obésité, les troubles psychopathologiques et la qualité de vie

5.1. Corrélation entre IMC et antécédents psychiatriques

Tableau n° 12

	IMC	écart-type	p
ATCD dépression	42,8	4,2	NS
sans ATCD dépression	43,1	4,6	NS
ATCD anxiété	40,3	4,5	0,01
sans ATCD anxiété	43,5	2,7	0,01

La relation n'est pas significative pour la dépression mais elle l'est pour l'anxiété où les obèses anxieux ont un IMC plus bas (40,3 ± 4,5) que ceux qui ne sont pas anxieux (43,5 ± 2,7).

5.2. Corrélation sévérité de l'obésité - troubles psychopathologiques et sévérité de l'obésité - qualité de vie

Tableau n° 13

	Goldberg anxiété	Goldberg dépression	échelle MADRS	échelle brève d'anxiété	échelle SIP
obésité massive	5,5 +/- 2,8	4,2 +/- 2,2	13,3 +/- 6,4	15,2 +/- 5,4	17,4 +/- 5,5
obésité morbide	4,2 +/- 2,6	2,5 +/- 2,4	12,3 +/- 7,5	13,5 +/- 7,4	13,9 +/- 6,4
obésité sévère	3,2 +/- 2,5	2 +/- 2,6	8,1 +/- 6,1	8,9 +/- 6,2	11,7 +/- 6,3
p	0,03	0,01	NS	0,04	0,02

Tableau n° 14

	dimension NS	dimension P	dimension RD	dimension HA	dimension SD	dimension C
IMC	p=0,10	p=0,99	p=0,77	p=0,14	p=0,59	p=0,53

La sévérité de l'obésité est significativement ($p<0,005$) corrélée au score des quatre échelles suivantes : échelle d'anxiété et de dépression du Goldberg, l'échelle brève d'anxiété et l'échelle d'évaluation de la qualité de vie.

Elle ne l'est pas pour le MADRS et les dimensions du TCI.

Ceci permet de montrer que plus l'obésité est sévère, plus le score d'anxiété diminue donc moins ils sont anxieux.

On s'aperçoit également que plus l'obésité s'aggrave, moins ils sont dépressifs.

En ce qui concerne leur qualité de vie, elle s'améliore lorsque l'obésité augmente.

6. Influence du niveau socio-économique sur le profil psychologique

Tableau n° 15

	Goldberg anxiété	Goldberg dépression	échelle MADRS	échelle brève d'anxiété	échelle SIP
avec CMU	4,4 +/- 2,4	1,4 +/- 1,9	7,9 +/- 4,6	9,8 +/- 6,9	10,9 +/- 6,4
sans CMU	4,3 +/-2,6	3,1 +/- 2,4	12,8 +/- 7,4	14,1 +/- 6,9	15 +/- 4,6
p	NS	0,02	0,02	0,04	0,03

Le niveau socio-économique, représenté ici par le bénéfice ou non de la CMU, est significativement ($p<0,005$) lié au score des différentes échelles sauf pour le Goldberg anxiété.

Les patients bénéficiant de la CMU sont moins dépressifs et moins anxieux et ont une qualité de vie meilleure.

7. Retentissement des différents facteurs de comorbidité sur la qualité de vie

Tableau n° 16

		SIP	écart-type	p
HTA	avec	13,9	4,1	NS
	sans	14,7	6,9	NS
dyslipidémie	avec	15,6	7,7	NS
	sans	14,1	5,9	NS
IDM - angor - IC	avec	21,5	17,6	NS
	sans	14,3	6,1	NS
DNID	avec	15,9	7,7	NS
	sans	14,2	6,1	NS
apnée du sommeil	avec	15,7	6,1	NS
	sans	14,4	6,4	NS
affection rhumatologique	avec	15,1	4,9	NS
	sans	14,2	6,9	NS
insuffisance veineuse - varice	avec	16,6	5,6	NS
	sans	14,3	6,4	NS
phlébite	avec	24	-	NS
	sans	14,4	6,3	NS
incontinence	avec	17	2,6	NS
	sans	14,4	6,4	NS
dépression	avec	13,5	5,5	NS
	sans	14,9	6,7	NS
HTIC	avec	19	-	NS
	sans	14,4	6,4	NS
stérilité	avec	25	-	NS
	sans	14,4	6,3	NS
RGO - hernie hiatale	avec	19,1	6,4	0,01
	sans	14,9	6,2	0,01

On n'observe aucune relation significative entre facteurs de comorbidités et qualité de vie sauf pour le reflux gastro-oesophagien ou la hernie hiatale. Les patients ayant cette comorbidité ont une qualité de vie plus altérée, en moyenne, le score de l'échelle de qualité de vie étant de 19,1 ± 6,4.

8. Conséquences du type de chirurgie sur la perte de poids et les complications à 1mois

8.1. Corrélation entre le type d'intervention et la perte pondérale à 1 mois

La perte pondérale moyenne est significativement ($p > 0,001$) différente en fonction du type de chirurgie :

- de 7 kg + ou – 2,9 avec l'anneau
- de 11,8 kg + ou – 3, 3 avec le bypass ou Scopirano.

8.2. Corrélation entre le type d'intervention et les complications à un mois

Les complications sont significativement ($p=0,0016$) plus importantes avec le bypass (6%) qu'avec l'anneau (1%).

DISCUSSION

Les données sociodémographiques et l'obésité

Dans notre échantillon, l'obésité sévère, qui est la forme la plus grave, est peu représentée (8%). Ceci peut rendre difficile les conclusions des résultats obtenus. 71% des obèses dans cette étude souffrent d'obésité morbide. Les sujets atteints de cette forme grave d'obésité représentent 0,3 à 0,6% de la population adulte française soit environ 100 000 Français au moins. *(1)*

Le sex-ratio montre une prédominance féminine. L'étude OBEPI entre 1997 et 2000 *(1)* a montré une augmentation de 20% de la prévalence de l'obésité chez la femme. Le deuxième facteur sociodémographique qui semble être associé à l'obésité, à part le sexe, est l'âge de début de la maladie. En effet, chez plus de la moitié des patients, l'obésité a débuté à l'âge adulte. Il apparaît dans la littérature que la prévalence de l'obésité augmente chez les jeunes mais que l'IMC augmente avec l'âge dans les deux sexes (surtout chez la femme) et diminue après 60 ans. *(9)*

Un autre résultat étonnant est apparu concernant les variables sociodémographiques : plus de la moitié des obèses vivent en couple. Il serait intéressant de connaître l'évolution de cette proportion après l'intervention bariatrique afin de déterminer un éventuel impact de la chirurgie sur le couple.

Dépression, anxiété et obésité

Dans notre étude, plus de la moitié des obèses candidats à la chirurgie bariatrique ont été dépistés dépressifs ou anxieux. Par contre, moins de 20% ont été diagnostiqués anxieux (17%) ou dépressifs (12%). Ces chiffres sont voisins de ceux observés pour la population générale en France avec une prévalence pour les troubles dépressifs de 6 à 20% selon les études. Une enquête récente, exhaustive épidémiologique en population générale en Haute-Vienne à l'aide du MINI (Mini International Neuro Psychiatric Interview), a estimé la prévalence de la dépression à 11,5% et celle de l'anxiété à 13,7%. *(136)*

Dans une population de 102 patients souffrant d'une obésité morbide, Hutzel et Al *(137)* avaient diagnostiqué 12,7% des troubles dépressifs et 13% des troubles de l'adaptation familiale. 58% n'avaient aucun trouble psychopathologique.

Ces résultats se rapprochent des nôtres et de ceux de nombreux auteurs qui soulignent qu'il n'y a pas plus de troubles psychopathologiques chez les obèses qu'en population générale. *(138)*

Ils s'éloignent des observations de Van Hout et Al *(139)* qui, dans une récente revue de la littérature, rapportaient que le taux de dépression chez les obèses morbides pouvait aller de 29 à 56% en fonction des auteurs. Les échelles utilisées dans notre étude ont pu être un facteur de sous-évaluation de ces troubles. En effet, Wadden et Al *(77)* pensent que les obèses ont probablement plus de troubles émotionnels que la population générale, mais que ces troubles seraient mal mesurés par les échelles classiques de psychopathologie. C'est probablement le cas dans notre échantillon puisque la moitié environ avait un antécédent psychiatrique de dépression et un quart environ un traitement anti-dépresseur. Pour une bonne majorité d'entre eux, la motivation de la chirurgie bariatrique était d'ordre psychoaffective.

Dixon et Al *(140)*, partant du constat que le lien entre obésité et dépression n'était pas clair, ont étudié l'humeur dépressive avant et après chirurgie bariatrique à l'aide de l'échelle de Beck. Ainsi 487 patients candidats à une chirurgie bariatrique ont été interrogés en pré opératoire avec cette échelle et 262 patients en post opératoire après un suivi d'un an. Le but était de déterminer les prédicteurs de la dépression. Les résultats ont montré dans le premier groupe un score moyen de 17,7 ±9,5 au BDI ; les scores les plus élevés s'observaient chez les plus jeunes, les femmes et ceux qui avaient une mauvaise image corporelle.

Après un suivi d'un an post opératoire, le score BDI chute à 7,8 ± 6,5 et après un suivi à 4ans, il remonte à 9,6 ± 7,7. La diminution du score est plus remarquable là aussi chez les femmes, les plus jeunes et ceux qui ont une baisse pondérale importante. Les auteurs concluent que les femmes jeunes, obèses avec une mauvaise image corporelle ont un risque élevé de dépression. Le rôle de l'image du corps comme déterminant au moins partiel du lien entre obésité maladie et trouble psychopathologique a aussi été évoqué par Friedman et al *(141)*.

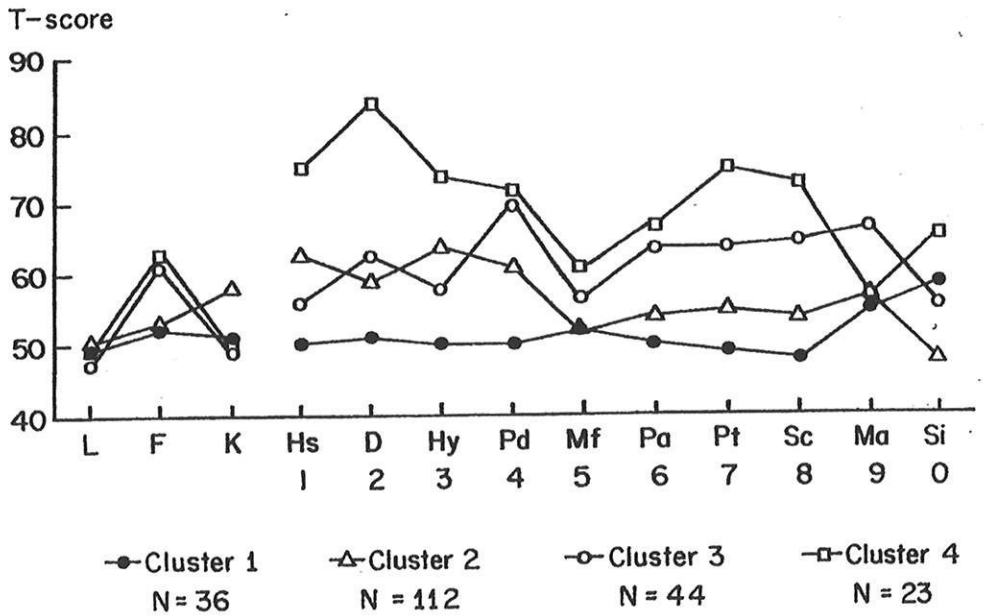
Dans notre série, cet élément, bien que nous ne l'ayons pas recherché, pourrait expliquer un résultat apparemment paradoxal à savoir que plus l'obésité s'aggrave, moins les patients sont anxieux et dépressifs.

De Charry et al *(142)* chez 93 patients obèses candidats à la gastroplastie trouvent une prévalence d'humeur dépressive (Beck 13) et d'alexithymie (échelle TAS 20) relativement modérée ; leur niveau de conscience émotionnelle (échelle LEAS) paraissait moindre qu'en population générale ; par contre les scores d'anxiété sociale (échelle QCI) étaient très élevés.

Personnalité et obésité

Dans sa revue de la littérature, Reynolds *(119)* soulignait la diversité des troubles psychopathologiques chez l'obèse ; ainsi certains auteurs avaient décrit des troubles névrotiques et d'autres les trouvaient comparables aux témoins sains dans la population générale. Par exemple, Weiss et Masling *(143)* n'avaient pas retrouvé plus de troubles de l'oralité chez les obèses que chez les témoins. De nos jours, on retrouve cette pluralité d'opinion.

Webb et al *(144)* ont recherché à l'aide du MMPI (Minesota Multiphasic Personality Inventory), les profils de personnalité chez 215 patients (83 hommes et 132 femmes) souffrant d'obésité massive. Ils font une analyse par cluster et retrouvent plus de troubles dans le cluster 4.



Mean MMPI profiles for four obesity clusters.

Figure extraite de l'article de Webb et al *(144)*

Ils ont conclu par ailleurs à l'hétérogénéité des troubles de la personnalité dans cette population. Enfin ils ont élaboré une formule prédictive de la réponse à la chirurgie bariatrique (Age + Score + MMPI), les scores élevés indiquant le risque d'une faible réponse.

Comparisons of three cluster analytic studies of massively obese patients with preoperative MMPI

Duckro *et al.*[4] n = 199 females			Blankmeyer *et al.** n = 170 females			Current study n = 129 females n = 86 males		
All were classified			55% were classified			All were classified		
n	*Profile*	*T-score*	*n*	*Profile*	*T-score*	*n*	*Profile*	*T-score*
88	all scales	T = 40–60				36	all scales	T = 40–60
62	2-0	T = 50–70	13	2-0	T = 50–70			
			23	3-1-4	T = 50–70	112	3-1	T = 50–70
			22	6-0-(5)	T = 50–70			
49	4-8-9	T = 50–70	19	4-9	T = 50–70	44	4	T = 70
			17	4-2-8-1-3-7-6	T > 70	23	2-1-7-3-8-4	T > 70

* Personal communication.

Sensitivity and specificity of age + MMPI scale 1 decision rule at different cutting scores.

Cutting score Age + MMPI scale 1	*Accuracy rates* *Sensitivity*	*Specificity*
75	93.7%	14.3%
90	71.9%	47.1%
100	54.5%	72.3%
110	18.8%	84.0%
125	7.8%	99.2%

Tableaux extraits de Webb et al *(144)*

Quoiqu'il en soit, de nos jours l'étude dimensionnelle des troubles de la personnalité est préférée au trouble catégoriel, par les différents auteurs.

Utilisant l'approche dimensionnelle, nous n'avons pas retrouvé de profil psychopathologique particulier chez les obèses dans notre étude. Toutefois, il ressort chez les femmes obèses une certaine dimension significative de dépendance affective, de besoin de soutien, une hyperadaptabilité sociale avec capacité d'empathie.

Golay et al *(145)* ont retrouvé chez 281 femmes obèses comparées à 252 femmes non obèses appariées sur l'âge, quatre groupes de personnalité ; ils ont observé significativement plus de

troubles des conduites alimentaires dans le groupe des obèses « conciliants expansifs » (Facilitating). Ces résultats pourraient être rapprochés des nôtres.

Les hommes obèses de notre série ont significativement plus que les hommes de la population générale, une tendance anxieuse, et une moins bonne adaptabilité ainsi qu'un manque de persévérance.

Dans son étude chez 102 patients souffrant d'obésité morbide et vus en préopératoire, Hutzler et al *(137)* avaient trouvé 5,8% de personnalité passive dépendante et 3,9% de passive agressive.

STAPLING — HUTZLER

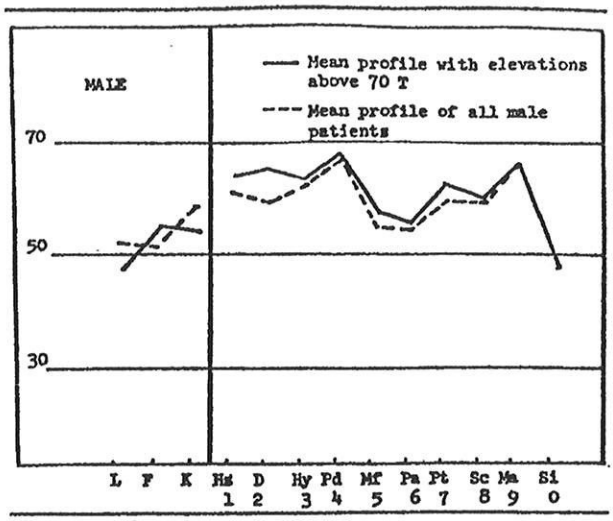


FIGURE 1a

MMPI — Mean profile of all male patients (n=11)
MMPI — Mean profile of male patients with elevations above 70T (n=7)

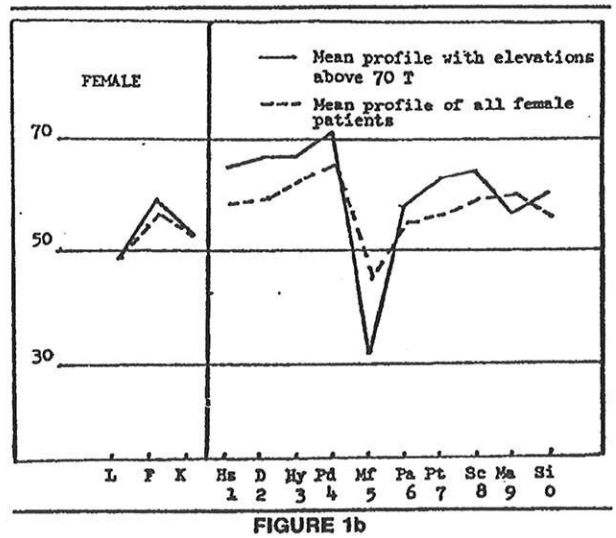


FIGURE 1b

MMPI — Mean profile of all female patients (n=39)
MMPI — Mean profile female patients with elevations above 70T (n=23)

Figures extraites de l'article de Hutzler et al *(137)*

Guisado et Vaz *(146)* ont évalué 100 patients (85 femmes et 15 hommes) souffrant d'obésité maladie et candidats à une chirurgie bariatrique, à l'aide de l'inventaire multiaxial clinique de Millon. Dix huit mois après la chirurgie, les auteurs retrouvent chez ces patients significativement plus de traits de personnalité pathologique que chez 377 témoins (patients consultant en psychiatrie) ; les différences s'observaient au niveau des sous-échelles de schizoïdie, paranoïde, histrionisme, compulsion et confusion.

Bjorwell Hjördis et al *(147)* à l'aide du « Three-factor Eating questionnaire » et de l'échelle de personnalité de Karolinska (KSP) montrent chez des patients obèses suivis en thérapie comportementale que l'expression adéquate de l'agréssivité est positivement corrélée à la perte pondérale au long cours alors que l'anxiété somatique, la tension musculaire et l'anxiété psychique sont positivement corrélées à la désinhibition et la faim.

Qualité de vie et obésité

De nombreuses études ont souligné que la qualité de vie des personnes souffrant d'obésité était mauvaise aussi bien dans les domaines scolaires, professionnels, que dans l'accès aux soins. *(78)*

Certains ont insisté sur le fait que la qualité de vie des patients souffrant d'obésité morbide était plus mauvaise que celles d'autres patients souffrant de maladies chroniques *(139)*. Nous avons trouvé d'une façon générale que la qualité de vie des obèses était satisfaisante. Un résultat apparaît comme surprenant : plus l'obésité est grave, meilleure est la qualité de vie. Cette situation pourrait être liée au fait que les obèses graves ont fini avec le temps par s'adaptater à leur trouble et développent des stratégies de cooping. Ceci peut être aussi lié à un biais de notre sélection car notre échantillon ne contient que peu d'obésité sévère.

Dans notre série, le préjugé professionnel semble être relatif puisque seulement environ un tiers des obèses est inactif. Toutefois la proportion des employés est bien plus grande que celle des cadres, témoin peut être d'une discrimination subtile.

Le handicap scolaire semble d'ailleurs bien présent puisque le niveau scolaire moyen de notre échantillon est le secondaire et que peu ont fait des études supérieures.

La comorbidité est présente chez la quasi-totalité des patients obèses de notre échantillon, surtout avec des affections rhumatologiques, la dépression, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, le reflux gastro-oesophagien qui sont des facteurs susceptibles d'aggraver la qualité de vie.

On sait que la surcharge pondérale en tant que facteur de risque est impliquée dans de nombreuses pathologies. Son incidence paraît être significative à partir d'un BMI>30. L'obésité androïde est rapportée comme étant plus fréquemment associée au diabète, à l'hypertension artérielle et aux dyslipidémies. *(11)*

Dans notre étude, les facteurs comorbides significativement les plus en lien avec l'obésité sont somatiques, notamment le reflux gastro-oesophagien.

Les évènements de vie semblent jouer un rôle important dans le déclenchement de l'obésité. Ainsi, dans presque la moitié des cas, la grossesse est citée comme facteur déclenchant et dans 12% des cas, le décès d'un proche est évoqué. Le rôle de ces facteurs mérite d'être éclairci au travers d'autres études. On sait que la valeur symbolique attribuée à l'obésité varie en fonction des cultures. Dans les pays en voie de développement, l'obésité peut être valorisée et peut incarner la puissance sociale. *(37)*

Dans une étude psychopathologique quantitative de l'obésité maladie chez 99 candidats à la gastroplastie, De Charry et Al *(142)* trouvent une qualité de vie (échelle SF 36) significativement altérée par rapport aux données disponibles en population générale. Ils démontrent que les troubles psychopathologiques ne sont pas liés à L'IMC. Cependant, la composante psychique de la qualité de vie est meilleure chez les obèses dont la déviance pondérale est associée à une hyperphagie.

Déterminants du recours au traitement chirurgical et son impact

Dans notre série, la motivation des patients pour la chirurgie bariatrique est dans trois quarts des cas psychoaffective. Ce constat n'est pas surprenant ; en effet, Friedman et Al *(141)* soulignent que les obèses demandeurs de traitement chirurgical sont ceux qui présentent le plus de détresse psychologique.

C'est pourquoi l'évaluation rigoureuse de ces troubles psychopathologiques s'impose car de nombreux auteurs soulignent leur impact comme facteur prédictif du succès de la chirurgie bariatrique *(148, 149)*. Ces auteurs trouvent des scores élevés aux questionnaires multidimensionnels de stress et symptômes psychosociaux de Lang chez des patients obèses candidats à la chirurgie bariatrique. Mais à partir d'un suivi de deux ans, ils ne démontrent pas un impact négatif de cet état sur l'indication chirurgicale ou sa réussite. Néanmoins, ils observent que le groupe de patients présentant à la fois un niveau de stress élevé et un refus initial de la chirurgie bariatrique nécessite un suivi particulier pré et post-opératoire car certains avaient un pronostic plus mauvais. Dans notre série, le pronostic à un mois de la

chirurgie bariatrique est positif en terme de perte pondérale. Il serait utile de réévaluer la qualité de vie de ces patients à distance de la chirurgie. En effet, la plupart des études montrent une amélioration de la qualité de vie après chirurgie bariatrique, en lien avec la perte pondérale. *(146)*

De Zwaan et Al *(150)* comparent un groupe de 78 obèses opérés et 110 patients obèses non opérés. Ils constatent que les scores de qualité de vie mesurés par l'échelle SF 36 sont significativement meilleurs dans le premier groupe, voisins des normes américaines. Toutefois, cette amélioration de la qualité de vie était moins perçue lorsque la perte pondérale était trop rapide. Elle était également atténuée lorsqu'il existait de façon résiduelle des dysmorphies corporelles importantes. *(151)*

Discussion des échelles

L'échelle de Goldberg n'a pas été validée à notre connaissance dans des études antérieures chez des personnes souffrant d'obésité. Ceci pourrait constituer un biais car les auteurs qui ont validé cet outil dans des populations de personnes âgées soulignent que deux items sont souvent difficiles à préciser (perte d'intérêt, difficultés de concentration) ; de même, certains items ont un faible pouvoir discriminatoire : il s'agit des symptômes végétatifs pour la sous-échelle d'anxiété et du manque d'appétit ainsi que de l'asthénie pour la sous-échelle de dépression ; les auteurs ont remarqué enfin que la sous-échelle d'anxiété était plus fiable que celle de dépression. *(152)*

Les caractéristiques psychométriques de l'échelle de Goldberg révèlent, pour la sous-échelle dépression, un score-seuil de 2/3, une sensibilité de 88 % et une spécificité de 68% ; pour l'échelle totale, le score-seuil est de 5/6, la sensibilité, 84 % et la spécificité, 68% (16). Dans leur étude, Huber et al *(152)* trouvent une sensibilité parfaite (100%) avec le seuil 5/6 de Mackhinnon, et une spécificité à 33 % (VPP : 55%).

Cette échelle est recommandée pour les enquêtes épidémiologiques en population générale, et peut être administrée par des investigateurs non-psychiatres ; son auteur invite toutefois à confirmer sa validité dans cet usage par des études plus spécifiques. Il précise aussi que les dernières questions de l'échelle explorent des dimensions dépressives plus sévères *(123)*. L'item n° 4 de la sous-échelle dépression (la perte d'espoir) que nous n'avons malheureusement pas étudié spécifiquement dans cette étude, a présenté dans les trois études de validation de l'échelle de Goldberg un seuil élevé et une bonne stabilité entre patients. *(122, 123, 152)*

L'échelle MADRS, questionnaire d'hétéroévaluation, a été utilisée ici comme un outil d'autoévaluation.

En général, les scores « normaux » de TCI sont différents chez les femmes et les hommes, en fonction des pays et des langues.

L'étude psychométrique de validation de la version française du TCI suggère des différences interculturelles (notamment en population nord américaine) au niveau de l'évaluation de la personnalité et la nécessité d'utiliser des normes spécifiques lors de chaque nouvelle traduction de l'instrument *(153)*. Toutefois, les valeurs en populations francophones non françaises (Belgique, Suisse, Liban) sont en général très proches des valeurs françaises *(154)*.

On peut définir, à partir des résultats du TCI, des typologies de personnalités proches des catégories classiques *(155)*. Nous n'avons malheureusement pu saisir les données du VKP pour permettre cette comparaison

CONCLUSION

L'obésité est une maladie chronique plurifactorielle, qui doit être prise en charge dans sa globalité, notamment en ce qui concerne la souffrance psychique longtemps négligée.

L'étude psychologique du sujet obèse met en évidence des problèmes de perception de l'image du corps et de restriction cognitive liés à l'alimentation et au régime. De plus, l'obèse subit les préjugés et la discrimination de la société à son égard.

L'existence d'une psychopathologie propre au sujet obèse a été longtemps débattue. Les études comparant les sujets obèses à la population générale ne permettent pas de dégager une personnalité propre à l'obèse. Cependant, des troubles psychiatriques ont été mis en évidence chez les sujets obèses demandeurs de traitement amaigrissant.

Nous avons donc choisi d'étudier une population de 100 obèses candidats à la chirurgie bariatrique afin de déterminer leur profil psychologique.

Notre étude a permis de confirmer l'existence de troubles psychologiques au sein de cette population, notamment des troubles dépressifs et anxieux. Aucun trait de personnalité pathologique ne se dégage chez ces patients dont la qualité de vie apparaît dans l'ensemble plutôt satisfaisante.

De plus, nous avons cherché à déterminer des liens entre l'obésité et les troubles psychologiques. Le constat le plus marquant est que les patients qui ont une obésité plus sévère ont moins de troubles psychologiques : Ils sont moins anxieux, moins dépressifs et ont une qualité de vie meilleure. Ceci montre que les candidats à la chirurgie bariatrique ont des profils psychologiques différents et que leur prise en charge avant et après traitement doit être adaptée à chaque cas.

L'évaluation psychologique avant l'intervention sera donc déterminante. Elle doit, en plus de déceler les contre-indications psychiatriques, reconnaître devant une demande explicite d'amaigrissement, la demande plus implicite de prise en charge psychologique dans toute son ambivalence.

Le suivi du patient après son intervention est également important pour l'aider à faire face aux bouleversements physique et psychique.

C'est donc au prix d'une sélection attentive, d'une préparation soigneuse et d'un suivi adapté à l'intervention que cette chirurgie, ni salvatrice ni esthétique, pourra s'inscrire avec efficacité dans l'arsenal thérapeutique de l'obésité morbide qui est actuellement un problème majeur de santé publique.

ANNEXES

ANNEXE n°1
ECHELLE D'ANXIETE ET DE DEPRESSION DE GOLDBERG

HUG
Hôpitaux Universitaires de Genève

Département de gériatrie
Dr Ph. Huber, Dr R. Mulligan

ECHELLE GOLDBERG
Evaluation médecin assistant/e

Nom du médecin _____

1-3 Patient ID n° _____

4-6 Rapport n° : 002

7-12 Date de l'examen ___ / ___ / 19___

13-15 N° CIE _____

Etiquette patient

J'aimerais discuter un moment avec vous comment vous vous êtes senti au cours de ce dernier mois.

		OUI	NON	REPONSE NON CODABLE	QUESTION NON POSE
16	Vous êtes-vous senti (e) tendu (e) ou à bout ?	1	2	8	9
17	Vous êtes-vous fait beaucoup de soucis ?	1	2	8	9
18	Vous êtes-vous senti (e) irritable ?	1	2	8	9
19	Avez-vous eu de la peine à vous détendre ?	1	2	8	9
20	Avez-vous mal dormi ?	1	2	8	9
21	Avez-vous souffert de maux de tête ou de nuque ?	1	2	8	9
22	Avez-vous eu un des problèmes suivants : tremblements, picotements, vertiges, transpiration, diarrhée ou besoin d'uriner plus souvent que d'habitude ?	1	2	8	9
23	Vous êtes-vous fait du souci pour votre santé ?	1	2	8	9
24	Avez-vous eu de la peine à vous endormir ?	1	2	8	9
25	Manquiez-vous d'énergie ?	1	2	8	9
26	Avez-vous perdu l'intérêt pour vos activités habituelles ?	1	2	8	9
27	Avez-vous perdu confiance en vous ?	1	2	8	9
28	Vous est-il arrivé de vous sentir sans espoir ?	1	2	8	9
29	Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer ?	1	2	8	9
30	Avez-vous perdu du poids en raison d'une perte d'appétit ?	1	2	8	9
31	Vous êtes-vous réveillé (e) plus tôt que d'habitude ?	1	2	8	9
32	Vous êtes vous senti (e) ralenti (e) ?	1	2	8	9
33	Avez-vous eu tendance à vous sentir moins bien le matin ?	1	2	8	9

Lire les instructions pour l'administration du questionnaire au verso

ANNEXE n°2
ECHELLE DE DEPRESSION MADRS

ÉCHELLE DE DÉPRESSION
MADRS

S. MONTGOMERY et M. ASBERG, 1979
Traduction française : T. LEMPERIERE

NOM ____ PRÉNOM ____

SEXE ____ AGE ____ DATE ____

EXAMINATEUR ____

CONSIGNES

La cotation doit se fonder sur l'entretien clinique allant de questions générales sur les symptômes à des questions plus précises qui permettent une cotation exacte de la sévérité. Le cotateur doit décider si la note est à un point nettement défini de l'échelle (0, 2, 4, 6) ou à un point intermédiaire (1, 3, 5).

Il est rare qu'un patient déprimé ne puisse pas être coté sur les items de l'échelle. Si des réponses précises ne peuvent être obtenues du malade, toutes les indications pertinentes et les informations d'autres sources doivent être utilisées comme base de la cotation en accord avec la clinique.

Cocher pour chaque item le chiffe le plus adéquat

1 - Tristesse apparente

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture.
Coter selon la profondeur et l'incapacité à se dérider.

- ☐ 0 Pas de tristesse
- ☐ 1
- ☐ 2 Semble découragé mais peut se dérider sans difficulté.
- ☐ 3
- ☐ 4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps.
- ☐ 5
- ☐ 6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

2 - Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir.
Coter selon l'intensité, la durée à laquelle l'humeur est dite être influencée par les événements.

- ☐ 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.
- ☐ 1
- ☐ 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.
- ☐ 3
- ☐ 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression ; l'humeur est encore influencée par les circonstances extérieures.
- ☐ 5
- ☐ 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuations.

3 - Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse.
Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- ☐ 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.
- ☐ 1
- ☐ 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.
- ☐ 3
- ☐ 4 Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- ☐ 5
- ☐ 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

4 - Réduction de sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- ☐ 0 Dort comme d'habitude.
- ☐ 1
- ☐ 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit, léger ou agité.
- ☐ 3
- ☐ 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.
- ☐ 5
- ☐ 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

5 - Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel.
Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- ☐ 0 Appétit normal ou augmenté.
- ☐ 1
- ☐ 2 Appétit légèrement réduit.
- ☐ 3
- ☐ 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.
- ☐ 5
- ☐ 6 Ne mange que si on le persuade.

6 - Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer.
Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- ☐ 0 Pas de difficultés de concentration.
- ☐ 1
- ☐ 2 Difficultés occasionnelles à rassember ses pensées.
- ☐ 3
- ☐ 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.
- ☐ 5
- ☐ 6 Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

7 - Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- ☐ 0 Guère de difficultés à se mettre en route. Pas de lenteur.
- ☐ 1
- ☐ 2 Difficultés à commencer des activités.
- ☐ 3
- ☐ 4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.
- ☐ 5
- ☐ 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8 - Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir.
La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

- ☐ 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.
- ☐ 1
- ☐ 2 Capacité réduite à prendre du plaisir à ses intérêts habituels.
- ☐ 3
- ☐ 4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.
- ☐ 5
- ☐ 6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches parents et amis.

9 - Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché, de remords et de ruine.

- ☐ 0 Pas de pensée pessimiste.
- ☐ 1
- ☐ 2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation ou d'auto-dépréciation.
- ☐ 3
- ☐ 4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.
- ☐ 5
- ☐ 6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10 - Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide.
Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

- ☐ 0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.
- ☐ 1
- ☐ 2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.
- ☐ 3
- ☐ 4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible mais sans projet ou intention précis.
- ☐ 5
- ☐ 6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

ANNEXE n°3
ECHELLE BREVE D'ANXIETE

ECHELLE BREVE D'ANXIETE

TYRER et al., 1984

SYMPTOMES EXPRIMES PAR LE PATIENT

1. Tension intérieure
Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieur, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse.
Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.
A distinguer de la tristesse, de l'inquiétude pour des « riens », et de la tension musculaire.

☐ **0** Calme. Tension intérieure seulement passagère

☐ **1**

☐ **2** Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini

☐ **3**

☐ **4** Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficultés

☐ **5**

☐ **6** Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante

---

2. Sentiments hostiles
Correspond à la colère, à l'hostilité, à des sentiments agressifs avec ou sans manifestations actives.
Coter selon l'intensité, la fréquence et le niveau de provocation toléré.
Coter zéro l'incapacité à ressentir de la colère.

☐ **0** Ne se met pas facilement en colère

☐ **1**

☐ **2** Se met facilement en colère. Exprime des sentiments hostiles qui sont aisément dissipés

☐ **3**

☐ **4** Répond aux provocations par une hostilité ou une colère disproportionnée

☐ **5**

☐ **6** Etat persistant de colère, de fureur ou de haine intense, difficile ou impossible à contrôler

---

3. **Hypocondrie**
Correspond à une préoccupation exagérée ou une inquiétude injustifiée concernant la santé ou les maladies. A distinguer de l'inquiétude pour des « riens », des douleurs et des troubles sensori-moteurs.

☐ 0 Absence de préoccupation particulière concernant la santé

☐ 1

☐ 2 Réagit avec appréhension au moindre signe de désordre physique. Peur exagérée de la maladie

☐ 3

☐ 4 Convaincu qu'il est atteint d'une maladie, mais peut être rassuré au moins temporairement

☐ 5

☐ 6 Convictions hypocondriaques invalidantes ou absurdes (conviction que le corps est en train de se décomposer, que les intestins ne fonctionne plus depuis des mois)

---

4. **Inquiétude pour des « riens »**
Correspond à une appréhension et à un souci démesuré pour des « riens », difficiles à faire disparaître. A distinguer de la tension intérieure, des idées pessimistes, de l'hypocondrie, des pensées obsédantes, des phobies et de l'indécision.

☐ 0 Pas d'inquiétude particulière

☐ 1

☐ 2 Inquiétude injustifiée pouvant être dissipée

☐ 3

☐ 4 Inquiet et tracassé par des vétilles et les menus faits de la vie quotidienne

☐ 5

☐ 6 Inquiétude envahissante et souvent douloureuse. Les tentatives pour rassurer le sujet sont sans effet

---

5 **Phobies**
orrespond des sentiments de peur injustifiée dans des situations spécifiques que le sujet évite s'il le peut utobus, grands magasins, foule, espace clos, être seul)

☐ 0 Pas de phobie

☐ 1

☐ 2 Sentiments confus de malaise dans des situations particulières, qui peut être maîtrisé sans aide extérieure ou bien en prenant des précautions simples, comme éviter les heures d'affluence si possible

☐ 3

☐ 4 Certaines situations provoquent immanquablement un malaise marqué et sont évitées sans que cela porte atteinte gravement à l'activité

☐ 5

☐ 6 Phobies invalidantes qui limitent gravement l'activité. Par exemple, le sujet est complètement incapable de sortir de chez lui.

---

6. Réduction du sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

☐ 0 Dort comme d'habitude

☐ 1

☐ 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil réduit, léger ou agité

☐ 3

☐ 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures

☐ 5

☐ 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil

---

7. Troubles neuro-végétatifs

Correspond à des symptômes tels que : palpitations, difficultés respiratoires, vertiges, sueurs abondantes, froideur des extrémités, sécheresse de la bouche, troubles digestifs, diarrhées, mictions fréquentes.
A distinguer de la tension intérieure, des douleurs et des troubles sensivo-moteurs.

☐ 0 Pas de trouble neuro-végétatif

☐ 1

☐ 2 Symptômes neuro-végétatifs à l'occasion d'une émotion

☐ 3

☐ 4 Troubles neuro-végétatifs fréquents ou intenses, vécus comme gênants ou affectant la vie sociale

☐ 5

☐ 6 Troubles neuro-végétatifs très fréquents, interrompant les activités ou invalidants

---

8. Douleurs

Correspond à l'expression d'une gêne ou d'une douleur physique.
Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée et aussi la demande de soulagement. Ne tenir compte d'aucune opinion quant à l'organicité éventuelle.
A distinguer de l'hypocondrie, des troubles neuro-végétatifs et de la tension musculaire.

☐ 0 Absence de douleur ou douleurs passagères

☐ 1

☐ 2 Douleurs précises mais occasionnelles

☐ 3

☐ 4 Douleurs prolongées et pénibles. Demandes d'un traitement antalgique efficace

☐ 5

☐ 6 Douleurs intenses ou invalidantes

SYMPTOMES OBSERVES

9. Troubles neuro-végétatifs
Correspond aux signes de dysfonctionnement neuro-végétatif : hyperventilation, bouffées vasomotrices, sueurs, mains froides, dilatation pupillaire, bouche sèche, évanouissements.

☐ 0 Pas de trouble neuro-végétatif observé

☐ 1

☐ 2 Troubles neuro-végétatifs discrets : rougit, blêmit ou se couvre de sueurs à l'occasion d'une émotion

☐ 3

☐ 4 Signes neuro-végétatifs évidents même en dehors des situations de stress

☐ 5

☐ 6 Troubles neuro-végétatifs obligeant à interrompre l'entretien

---

0. Tension musculaire
Correspond à une tension musculaire telle qu'on peut l'observer dans la mimique, la posture et les mouvements.

☐ 0 Paraît détendu

☐ 1

☐ 2 Légère tension dans le visage et la posture

☐ 3

☐ 4 Tension modérée dans la posture et la face, que l'on remarque facilement au niveau des mâchoires et des muscles du cou. Ne semble pas trouver une position détendue quand il est assis. Mouvements raides et maladroits

☐ 5

☐ 6 Tendu d'une manière frappante. Assis, se tient souvent voûté et recroquevillé, ou bien est tendu et se tient droit et raide sur le bord du siège

---

ANNEXE n°4
QUESTIONNAIRE DE PERSONNALITE
TCI

QUESTIONNAIRE DE PERSONNALITE TCI*

NOM : ..... Prénom : ..... Date : ..... N° .....

Vous allez trouver dans ce questionnaire des affirmations sur les opinions, les réactions ou les sentiments personnels.
Pour chaque affirmation vous devrez répondre vous-même par Vrai ou Faux, en entourant une seule des deux réponses V ou F.
Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, choisissez uniquement la réponse qui vous ressemble le plus.
Lisez attentivement chaque affirmation, mais ne passez pas trop de temps pour décider de la réponse.
Répondez à toutes les questions, même si vous n'êtes pas très sûr(e) de la réponse.

* Temperament and Character Inventory - Version 9 (1992), © CR Cloninger.
Traduction française 1996-2 (A.Pélissolo, M.Téhérani, R.-M.Bourgault, C.Musa, J.-P.Lépine).

Exemple : pour répondre Vrai ☞	VRAI	FAUX	
	(V)	F	
J'essaie souvent des choses nouvelles uniquement pour le plaisir ou pour avoir des sensations fortes, même si les autres estiment que c'est une perte de temps.....	V	F	1
J'ai habituellement confiance dans le fait que tout ira bien, même dans des situations qui inquiètent la plupart des gens.....	V	F	2
Je suis souvent très ému(e) par un beau discours ou par une poésie.....	V	F	3
J'ai souvent l'impression d'être victime des circonstances.....	V	F	4
Habituellement j'accepte les autres tels qu'ils sont, même s'ils sont très différents de moi.....	V	F	5
Je crois aux miracles.....	V	F	6
Je prends plaisir à me venger des gens qui m'ont fait du mal.....	V	F	7
Lorsque je me concentre sur quelque chose, je ne vois plus le temps passer.....	V	F	8
J'ai souvent l'impression que ma vie n'a pas de but ou manque de sens.....	V	F	9
J'aime aider les autres à résoudre leurs problèmes.....	V	F	10
J'en aurais probablement les capacités, mais je ne vois pas l'intérêt de faire plus que le strict minimum.....	V	F	11
Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) dans des situations nouvelles même lorsque les autres pensent qu'il y a peu de soucis à se faire.....	V	F	12
Je fais souvent les choses selon mon impression du moment sans tenir compte des méthodes habituelles..	V	F	13
Je fais habituellement les choses à ma façon plutôt qu'en fonction des souhaits des autres.....	V	F	14
Je me sens souvent très proche des gens qui m'entourent, comme si rien ne nous séparait.....	V	F	15
Généralement, je n'aime pas les gens qui ont des idées différentes des miennes.....	V	F	16
Dans la plupart des situations, de bons réflexes me permettent de réagir facilement.....	V	F	17

Je suis prêt(e) à tout, dans les limites de la légalité, pour devenir riche et célèbre même au risque de perdre la confiance de nombreux vieux amis..... V F 18

Je suis beaucoup plus réservé(e) que la plupart des gens..... V F 19

Je dois souvent m'interrompre dans une activité car je m'inquiète facilement de ce qui pourrait ne pas aller..... V F 20

J'aime discuter de mes expériences et de mes sentiments ouvertement avec des amis plutôt que de les garder pour moi-même..... V F 21

J'ai moins d'énergie et je me fatigue plus vite que la plupart des gens..... V F 22

On dit souvent que je suis "dans la lune" quand je suis absorbé(e) dans une activité car je perds alors le contact avec toute autre chose..... V F 23

Je me sens rarement libre de mes choix..... V F 24

Je prends souvent en compte les sentiments des autres autant que mes propres sentiments..... V. F 25

Le plus souvent, j'aimerais mieux faire quelque chose d'un peu risqué (comme conduire une voiture dans des virages dangereux et en montagne) plutôt que de rester au calme à ne rien faire pendant quelques heures..... V F 26

J'évite souvent de rencontrer des inconnus parce que je manque de confiance face aux gens que je ne connais pas..... V F 27

J'aime faire plaisir aux autres autant que je le peux..... V F 28

Je préfère les méthodes traditionnelles et sûres aux méthodes modernes et améliorées..... V F 29

Lorsque je manque de temps, je ne parviens généralement pas à faire les choses selon mes priorités personnelles..... V F 30

Je fais souvent des choses pour la protection des animaux et des plantes en voie de disparition..... V F 31

J'ai souvent le désir d'être la personne la plus intelligente..... V F 32

Ça me fait plaisir de voir mes ennemis souffrir..... V F 33

J'aime être très organisé(e) et fixer des règles aux autres autant que je le peux..... V F 34

Il m'est difficile de conserver longtemps les mêmes centres d'intérêt, car mon attention passe souvent à autre chose..... V F 35

L'expérience m'a permis d'acquérir de bonnes habitudes qui sont plus fortes que les croyances et les impulsions passagères..... V F 36

Ma détermination me permet habituellement de poursuivre une tâche longtemps après que les autres ont abandonné..... V F 37

Je suis fasciné(e) par tous les phénomènes qui ne peuvent être expliqués scientifiquement..... V F 38

J'ai beaucoup de mauvaises habitudes que je souhaiterais perdre..... V F 39

J'attends souvent des autres qu'ils trouvent une solution à mes problèmes..... V F 40

Je dépense souvent de l'argent au point de ne plus en avoir ou de m'endetter à force de vivre à crédit..... V F 41

Je pense que j'aurai beaucoup de chance dans l'avenir.....	V	F	42
Je me remets plus lentement que les autres de maladies mineures ou d'événements stressants.....	V	F	43
Ça ne me gênerait pas d'être seul(e) tout le temps.....	V	F	44
J'ai souvent des éclairs inattendus d'intuition ou de compréhension quand je me détends.....	V	F	45
Je ne me soucie pas tellement du fait que les autres m'aiment ou qu'ils approuvent ma manière de faire.....	V	F	46
Habituellement je pense d'abord à mon propre intérêt car de toute façon il n'est pas possible de satisfaire tout le monde.....	V	F	47
Je n'ai pas de patience avec les gens qui n'acceptent pas mes points de vue.....	V	F	48
J'ai l'impression de ne pas bien comprendre la plupart des gens.....	V	F	49
Il est possible de réussir en affaire sans être malhonnête.....	V	F	50
Parfois je me sens tellement en accord avec la nature que tout me semble faire partie d'un même organisme vivant.....	V	F	51
Dans les conversations, je suis bien meilleur(e) lorsque j'écoute que lorsque je parle.....	V	F	52
Je perds mon sang-froid plus rapidement que la plupart des gens.....	V	F	53
Quand je dois rencontrer un groupe d'inconnus, je suis plus timide que la plupart des gens.....	V	F	54
Je suis plus sentimental(e) que la plupart des gens.....	V	F	55
On dirait que j'ai un "sixième sens" qui me permet parfois de savoir ce qu'il va se passer.....	V	F	56
Quand quelqu'un m'a fait du mal, j'essaie en général de me venger.....	V	F	57
Mes opinions sont en grande partie influencées par des éléments que je ne contrôle pas.....	V	F	58
Chaque jour j'essaie de faire un pas vers mes objectifs.....	V	F	59
Je souhaite souvent être plus fort(e) que tous les autres.....	V	F	60
Je préfère réfléchir longtemps avant de prendre une décision.....	V	F	61
Je suis plus travailleur(-euse) que la majorité des gens.....	V	F	62
J'ai souvent besoin de faire la sieste ou de me reposer car je me fatigue facilement.....	V	F	63
J'aime rendre service aux autres.....	V	F	64
Quel que soit le problème que j'aie à résoudre, je pense toujours que les choses évolueront bien.....	V	F	65
Je dépense difficilement de l'argent pour mon plaisir, même si j'ai beaucoup d'économies.....	V	F	66
Habituellement, je reste calme et confiant(e) dans des situations que la plupart des gens trouverait physiquement dangereuses.....	V	F	67
Je préfère garder mes problèmes pour moi.....	V	F	68

Je préfère rester chez moi plutôt que de voyager ou d'explorer de nouveaux lieux.....	V	F	69
Je ne pense pas que ce soit une bonne idée d'aider les gens faibles qui ne peuvent pas s'aider eux-mêmes	V	F	70
Je n'ai pas la conscience tranquille si je traite d'autres gens de manière injuste, même s'ils n'ont pas été justes avec moi.....	V	F	71
Les gens me confient habituellement leurs sentiments.....	V	F	72
Il m'arrive souvent de souhaiter rester jeune éternellement.....	V	F	73
J'ai parfois eu l'impression d'appartenir à quelque chose sans limite sans le temps et dans l'espace.....	V	F	74
Je ressens parfois un contact spirituel avec d'autres personnes que je ne peux pas exprimer avec des mots	V	F	75
J'essaie de respecter les sentiments des autres, même lorsqu'ils ont été injustes avec moi auparavant.....	V	F	76
J'apprécie que les gens puissent faire ce qu'ils veulent sans règles ni contraintes strictes.....	V	F	77
Je resterais probablement détendu(e) en rencontrant des inconnus, même si on m'avait prévenu qu'ils étaient inamicaux.....	V	F	78
Je suis fréquemment plus préoccupé(e) que la plupart des gens par l'idée que les choses pourraient mal se passer dans l'avenir.....	V	F	79
D'habitude, j'examine tous les détails d'un problème avant de prendre une décision.....	V	F	80
Je pense qu'il est plus important d'être sympathique et compréhensif à l'égard des autres plutôt que dur et réaliste.....	V	F	81
Je ressens souvent un sentiment profond d'unité avec tout ce qui m'entoure.....	V	F	82
Il m'arrive souvent de souhaiter avoir des pouvoirs spéciaux comme Superman.....	V	F	83
Les autres me contrôlent trop.....	V	F	84
J'aime partager ce que j'ai appris avec les autres.....	V	F	85
Des expériences religieuses m'ont aidé à comprendre le sens réel de ma vie.....	V	F	86
J'apprends beaucoup des autres.....	V	F	87
Dans de nombreux domaines, l'entraînement m'a permis de me perfectionner et donc de réussir.....	V	F	88
Je suis souvent capable de convaincre les autres, même de choses que je sais exagérées ou fausses.....	V	F	89
J'ai besoin de repos, de soutien ou de réconfort pour récupérer de légers problèmes de santé ou de situations stressantes.....	V	F	90
Je sais qu'il y a des règles dans la vie que personne ne peut violer sans en souffrir un jour ou l'autre.....	V	F	91
Je ne souhaite pas être la personne la plus riche.....	V	F	92
Je risquerais volontiers ma propre vie pour rendre le monde meilleur.....	V	F	93
Même si je réfléchis longtemps sur un problème, j'ai appris à suivre davantage mon intuition qu'un raisonnement logique.....	V	F	94

Parfois, j'ai eu l'impression que ma vie était dirigée par une force spirituelle supérieure à tout être humain..... V F 95

Souvent, je prends plaisir à être méchant(e) avec ceux qui l'ont été avec moi..... V F 96

J'ai la réputation d'être quelqu'un de très réaliste qui n'agit pas sous le coup des émotions..... V F 97

Il m'est facile d'ordonner mes idées lorsque je parle à quelqu'un..... V F 98

Je suis très sensible aux "bonnes causes"(lorsqu'on demande d'aider des enfants handicapés par exemple) V F 99

Je me pousse habituellement plus durement que la plupart des gens parce que je veux faire du mieux possible..... V F 100

J'ai tellement de défauts que je ne m'aime pas beaucoup..... V F 101

Je manque de temps pour rechercher des solutions durables à mes problèmes..... V F 102

Souvent je n'arrive pas à affronter certains problèmes car je n'ai aucune idée sur la manière de m'y prendre..... V F 103

Je voudrais souvent interrompre le cours du temps..... V F 104

Je déteste prendre des décisions uniquement à partir de mes premières impressions..... V F 105

Je préfère dépenser de l'argent plutôt que de le mettre de côté..... V F 106

Je parviens souvent à déformer la réalité afin de raconter une histoire plus drôle ou de faire une farce à quelqu'un..... V F 107

Je me remets très vite d'avoir été embarrassé(e) ou humilié(e)..... V F 108

Il m'est très difficile de m'adapter à des changements dans mes activités habituelles car je deviens alors tendu(e), fatigué(e) ou inquiet(e)..... V F 109

En général, il me faut de très bonnes raisons pratiques pour accepter de modifier mes habitudes..... V F 110

J'ai besoin de beaucoup d'aide de la part des autres pour acquérir de bonnes habitudes..... V F 111

Je pense que la perception extra-sensorielle existe réellement (la télépathie ou les prémonitions par exemple)..... V F 112

J'aimerais avoir presque toujours autour de moi des amis intimes et chaleureux..... V F 113

Le plus souvent, je suis capable de rester rassuré(e) et détendu(e) même lorsque presque tout le monde est inquiet..... V F 114

Je trouve les chansons et les films tristes plutôt ennuyeux..... V F 115

Les circonstances m'obligent souvent à faire des choses malgré moi..... V F 116

Il m'est difficile de tolérer les gens qui sont différents de moi..... V F 117

Je pense que la plupart des événements que l'on prend pour des miracles ne surviennent en réalité que par hasard..... V F 118

Lorsque quelqu'un me blesse, je préfère rester aimable plutôt que me venger..... V F 119

Je suis souvent si absorbé(e) par ce que je fais que j'en deviens perdu(e) comme si je me détachais de l'espace et du temps..... V F 120

Je ne pense pas avoir réellement un but dans la vie..... V F 121

J'essaie de coopérer avec les autres autant que possible..... V F 122

Je suis satisfait(e) de ce que je réalise et je n'ai pas vraiment envie de faire mieux..... V F 123

Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) dans des situations non familières,
même si les autres pensent qu'il n'y a rien à craindre..... V F 124

J'obéis souvent à mon instinct ou à mon intuition, sans réfléchir à tous les détails de la situation..... V F 125

Les autres pensent souvent que je suis trop indépendant(e)
car je ne fais pas ce qu'ils voudraient que je fasse..... V F 126

Je me sens souvent en forte communion spirituelle ou émotionnelle avec les gens qui m'entourent..... V F 127

Il m'est généralement facile d'apprécier les gens qui ont des valeurs différentes des miennes..... V F 128

Certaines bonnes habitudes sont devenues naturelles chez moi,
elles sont presque toujours automatiques et spontanées..... V F 129

Cela ne me dérange pas que les autres en sachent souvent plus que moi sur un sujet..... V F 130

J'essaie souvent de m'imaginer à la place des autres afin de vraiment les comprendre..... V F 131

Les principes tels que la justice et l'honnêteté jouent peu de rôle dans ma vie..... V F 132

Je suis plus efficace que la plupart des gens pour mettre de l'argent de côté..... V F 133

Même si les autres pensent que ce n'est pas important, j'insiste souvent
pour que les choses soient faites de manière précise et ordonnée..... V F 134

Je me sens très confiant(e) et sûr(e) de moi dans presque toutes les situations sociales..... V F 135

Mes amis trouvent qu'il est difficile de connaître mes sentiments
car je leur confie rarement mes pensées intimes..... V F 136

Je déteste changer mes habitudes même si beaucoup de gens
me disent qu'il existe une nouvelle méthode plus efficace..... V F 137

Je pense qu'il n'est pas sage de croire aux choses qui ne peuvent pas être expliquées scientifiquement..... V F 138

J'aime imaginer que mes ennemis souffrent..... V F 139

J'ai plus d'énergie et me fatigue moins vite que la plupart des gens..... V F 140

J'aime porter une attention particulière aux détails dans tout ce que je fais..... V F 141

L'inquiétude me pousse souvent à interrompre mes activités,
même si mes amis me disent que tout ira bien..... V F 142

J'ai souvent le désir d'être plus puissant(e) que n'importe qui..... V F 143

Habituellement, je suis libre de mes choix.....	V	F	144
Je suis souvent si absorbé(e) dans ce que je fais que pendant un moment j'en oublie où je suis.....	V	F	145
Les membres d'une équipe sont rarement récompensés de manière équitable.....	V	F	146
Généralement, j'aimerais mieux faire quelque chose de risqué (comme faire du delta-plane ou sauter en parachute) plutôt que d'avoir à rester calme et inactif(ve) pendant quelques heures.....	V	F	147
Comme je dépense souvent trop d'argent sur des coups de tête, il m'est difficile d'en mettre de côté même pour des projets particuliers comme les vacances.....	V	F	148
Je ne sors pas de ma route pour faire plaisir aux autres.....	V	F	149
Je ne suis pas du tout timide avec des inconnus.....	V	F	150
Je vais souvent dans le sens des souhaits de mes amis.....	V	F	151
Je passe la plupart de mon temps à faire des choses qui semblent nécessaires mais qui ne sont pas en fait réellement importantes pour moi.....	V	F	152
Je ne pense pas que les principes religieux ou moraux concernant le bien et le mal doivent avoir beaucoup d'influence sur les décisions d'affaires.....	V	F	153
J'essaie souvent de mettre mes propres jugements de côté afin de mieux comprendre ce que les autres vivent.....	V	F	154
Beaucoup de mes habitudes m'empêchent d'obtenir de bons résultats.....	V	F	155
J'ai fait de réels sacrifices personnels pour que le monde soit meilleur (lutter contre la guerre, la pauvreté ou l'injustice par exemple).....	V	F	156
Je ne m'inquiète jamais de choses terribles qui pourraient arriver dans l'avenir.....	V	F	157
Je ne suis pratiquement jamais excité(e) au point de perdre le contrôle de moi-même.....	V	F	158
J'abandonne souvent un travail s'il prend beaucoup plus de temps que je le pensais au départ.....	V	F	159
Je préfère initier les conversations plutôt que d'attendre que les autres m'adressent la parole.....	V	F	160
En général, je pardonne rapidement à ceux qui me font du mal.....	V	F	161
Mes actes sont largement influencés par des choses que je ne contrôle pas.....	V	F	162
Je préfère attendre que quelqu'un d'autre décide de ce qui doit être fait.....	V	F	163
En général, je respecte les opinions des autres.....	V	F	164
J'ai eu des expériences qui ont rendu le sens de ma vie si évident que je me suis senti(e) très ému(e) et heureux(-euse).....	V	F	165
C'est un plaisir pour moi de m'acheter des choses.....	V	F	166
Je crois avoir eu moi-même des perceptions extra-sensorielles.....	V	F	167
Mon comportement m'est dicté par certains objectifs que je me suis fixés dans la vie.....	V	F	168

En général, il est absurde de contribuer au succès des autres..... V F 169

Il m'arrive souvent de souhaiter pouvoir vivre éternellement..... V F 170

En général j'aime rester froid(e) et détaché(e) vis-à-vis des autres..... V F 171

J'ai plus tendance à pleurer devant un film triste que la plupart des gens..... V F 172

Je me rétablis plus rapidement que la plupart des gens
de légers problèmes de santé ou de situations stressantes..... V F 173

J'enfreins souvent les lois et les règlements lorsque je pense ne pas risquer de sanction..... V F 174

J'ai encore de bonnes habitudes à acquérir pour réussir à résister aux tentations..... V F 175

Je souhaiterais que les autres parlent moins qu'ils ne le font..... V F 176

Chacun devrait être traité avec respect et dignité,
même les gens qui semblent sans importance ou mauvais..... V F 177

J'aime prendre des décisions rapidement afin de poursuivre mes activités..... V F 178

En général, j'ai de la chance dans tout ce que j'entreprends..... V F 179

Habituellement, je peux faire facilement des choses que la plupart des gens considèrent comme dangereuses
(comme conduire rapidement une voiture sur une route mouillée ou verglacée..... V F 180

J'aime explorer de nouvelles méthodes pour faire les choses..... V F 181

J'aime mettre de l'argent de côté plutôt que le dépenser pour des divertissements ou des sensations fortes V F 182

Les droits individuels sont plus importants que les besoins de n'importe quel groupe..... V F 183

J'ai eu des expériences personnelles au cours desquelles
je me suis senti(e) en communion avec une force divine et spirituelle merveilleuse..... V F 184

J'ai eu des moments de grand bonheur au cours desquels j'ai eu soudainement
la sensation claire et profonde d'une communauté avec tout ce qui existe..... V F 185

Mes habitudes me permettent de faire les choses plus facilement..... V F 186

La plupart des gens semblent être plus efficaces que moi..... V F 187

Les autres ou les circonstances sont souvent responsables de mes difficultés..... V F 188

Aider les autres me fait plaisir, même s'ils m'ont mal traité(e)..... V F 189

J'ai souvent la sensation de faire partie de la force spirituelle dont toute la vie dépend..... V F 190

Même avec des amis, je préfère ne pas trop me confier..... V F 191

En général, je peux rester actif(ve) toute la journée sans avoir à me forcer..... V F 192

J'examine presque toujours tous les détails avant de prendre
une décision, même si on me demande une réponse rapide..... V F 193

J'ai du mal à m'en sortir lorsque je suis surpris(e) en faute..... V F 194

Je suis plus perfectionniste que la plupart des gens	V	F	195
La vérité sur un sujet n'est qu'une question d'opinion personnelle	V	F	196
Je pense que mon comportement naturel est en général en accord avec mes principes et mes objectifs de vie	V	F	197
Je crois que toute vie dépend d'un certain ordre ou pouvoir spirituel qui ne peut pas être complètement expliqué	V	F	198
Je pense pouvoir rester confiant(e) et détendu(e) en rencontrant des inconnus, même si je suis prévenu(e) qu'ils sont en colère contre moi	V	F	199
Les gens estiment qu'il est facile de venir me voir pour trouver de l'aide, de la sympathie et de la compréhension	V	F	200
J'ai plus de mal que la plupart des gens à m'enthousiasmer pour de nouvelles idées ou de nouvelles activités	V	F	201
J'ai du mal à mentir même pour préserver les sentiments de quelqu'un d'autre	V	F	202
Je ne souhaite pas être admiré(e) plus que les autres	V	F	203
Souvent quand je regarde certaines choses de la vie courante, j'ai une sensation d'émerveillement comme si je les voyais d'un œil nouveau pour la première fois	V	F	204
La plupart des gens que je connais ne pensent qu'à eux, sans se préoccuper des difficultés des autres	V	F	205
Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) lorsque je dois faire quelque chose d'inhabituel pour moi	V	F	206
Je me pousse souvent jusqu'à l'épuisement ou j'essaie de faire plus que je ne le peux réellement	V	F	207
Certaines personnes pensent que je suis trop près de mon argent	V	F	208
Les expériences mystiques ne sont probablement que des désirs pris pour des réalités	V	F	209
Ma volonté est trop faible pour résister aux tentations très fortes, même si je sais que je souffrirai de leurs conséquences	V	F	210
Je déteste voir n'importe qui souffrir	V	F	211
Je sais ce que je veux faire de ma vie	V	F	212
Je prends souvent le temps de savoir si ce que je fais est bien ou mal	V	F	213
Souvent, les choses tournent mal pour moi sauf si je fais très attention	V	F	214
Si je n'ai pas le moral, je préfère être entouré(e) d'amis plutôt que de rester seul(e)	V	F	215
Je ne pense pas qu'il soit possible de partager les sentiments de quelqu'un qui n'a pas vécu les mêmes expériences que soi	V	F	216
Souvent, les autres pensent que je suis dans un autre monde car je suis complètement détaché(e) des choses qui se passent autour de moi	V	F	217
Je souhaiterais être la personne la plus belle	V	F	218

En général, je me tiens à l'écart des situations sociales où je peux rencontrer des inconnus, même si on m'assure qu'ils seront amicaux.....	V	F	219
J'aime l'éclosion des fleurs au printemps autant que de revoir un vieil ami.....	V	F	220
Habituellement, je considère une situation difficile comme un défi ou une bonne occasion.....	V	F	221
Les gens qui travaillent avec moi doivent apprendre à faire les choses selon mes méthodes.....	V	F	222
La malhonnêteté ne pose des problèmes que si l'on se fait surprendre.....	V	F	223
Habituellement, je me sens beaucoup plus confiant(e) et dynamique que la plupart des gens, même après de légers problèmes de santé ou des événements stressants.....	V	F	224
Je préfère tout lire en détail avant de signer n'importe quel papier.....	V	F	225
Lorsque rien de nouveau ne se passe, je recherche en général. quelque chose de passionnant ou d'excitant à faire.....	V	F	226

FIN DU QUESTIONNAIRE

VERIFIEZ QUE VOUS AVEZ REPONDU A
TOUTES LES QUESTIONS SUR TOUTES LES PAGES

Et SANS DOUBLE REPONSE (toujours choisir V ou F)

En cas de problème sur certaines questions,
adressez-vous au médecin responsable

Merci.

Interprétation TCI-2 (226 ITEMS)

Recherche de Nouveauté (40 items)

NS1		NS2		NS3		NS4	
V	F	V	F	V	F	V	F
1	29	13	61	41	19	53	34
160	52	35	80	106	66	77	134
181	69	125	105	148	133	89	158
226	97	178	141	166	182	107	194
	110		193		208	174	202
	137		225				
	201						
11 items		10 items		9 items		10 items	

Persistance (8 items)

V	F
37	11
62	123
100	159
195	
207	

Évitement du Danger (35 items)

HA1		HA2		HA3		HA4	
V	F	V	F	V	F	V	F
20	2	12	26	27	78	22	140
79	42	124	67	54	98	43	173
142	65	206	147	219	135	63	192
214	108		180		150	90	224
	114				199	109	
	157						
	179						
11 items		7 items		8 items		9 items	

Détermination (44 items)

S1		S2		S3		S4		S5	
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F
144	4	59	9	221	40	92	32	17	39
	24	168	30		103	130	60	36	101
	58	212	102		163	203	73	88	111
	84		121		187		83	129	155
	116		152				104	186	175
	162						143	197	210
	188						170		
							218		
8 items		8 items		5 items		11 items		12 items	

Dépendance à la Récompense (24 items)

RD1		RD3		RD4	
V	F	V	F	V	F
3	115	21	44		14
28		113	68		46
55		215	136		70
81			171		126
99			191		149
151					183
172					
200					
213					
10 items		8 items		6 items	

Coopération (42 items)

C1		C2		C3		C4		C5	
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F
5	16	25	49	10	47	76	7	50	18
87	48	72	176	64	146	119	33	71	132
128	117	131	216	85	169	161	57	91	153
164	222	154		122	205	189	96	177	196
						211	139		223
8 items		7 items		8 items		10 items		9 items	

Transcendance (33 items)

ST1		ST2		ST3	
V	F	V	F	V	F
6	118	8		15	
38	138	23		31	
56	209	45		51	
75		74		82	
86		94		93	
95		120		127	
112		145		156	
167		165		190	
184		185		220	
198		204			
		217			
13 items		11 items		9 items	

Faire la somme des items correspondant
à chaque sous-score (V+F),
en comptant 1 si la réponse correspond à la colonne V
(Diviser le total par le nombre d'items,
et multiplier par 100.) ou score brut
Calcul identique pour les scores globaux.

ANNEXE n°5
QUESTIONNAIRE DES TRAITS DE PERSONNALITE VKP

VKP / version DSM III-R
(29 propositions supprimées)

QUESTIONNAIRE DE TRAITS DE PERSONNALITE
(VRAGENLIJST KLINISCHE PERSOONLIJKHEID (VKP)

Le propos de ce questionnaire est de déterminer quelle sorte de personne vous êtes.
Le but est de mettre en évidence les traits de personnalité qui vous caractérisent tout au long de votre vie, et non pas seulement ces dernières années.

Instructions

Dans les pages suivantes, vous allez trouver des propositions qui pourraient s'appliquer à votre personnalité selon un degré plus ou moins fort.

OUI	indique que la proposition dans son ensemble s'applique à vous.
NON	indique que la proposition ne s'applique pas du tout à vous.
?	indique que nous ne pouvez pas décider entre "OUI" et "NON".
NA	signifie "Non Applicable", et indique que la proposition ne peut pas vous être appliquée parce qu'elle ne concerne pas votre situation.

Pour chaque proposition, notez votre réponse en entourant d'un cercle l'une des possibilités: "oui", "non", "?" ou - occasionnellement - "NA".
Ne sautez aucune proposition.

Plusieurs propositions offrent la possibilité de choisir parmi les réponses: "souvent", "une fois" ou "jamais". Ici à nouveau, vous devez toujours entourer d'un cercle l'une de ces trois réponses.

Prenez tout le temps qui vous est nécessaire pour compléter le questionnaire.

Copyright (C) VKP 1990. G. Ouwersloot and R.F.W. Diekstra. Department of Clinical and Health Psychology. University of Leiden. The Netherlands. Research version of IPDE self report form. Translation of original Dutch version of VKP.

Traduction française: Y. Burnand. F. Maitre. N. El Gueddari. B. Goguikian. C. Messerli. M. Rabaeus. A. Andreoli.
Pour citation: I.U.P.G., 69. Rue des Vollandes. 1207 Genève.

-VKP / version DSM III-R

Nom : Date :

Age :

Sexe :

Etat civil :

Niveau de scolarité :

Profession/ emploi :

VKP / version DSM III-R

LES PROPOSITIONS SUIVANTES CONCERNENT LE TRAVAIL, LA SCOLARITE ET LES ACTIVITES QUOTIDIENNES.

1	Je consacre tellement de temps à mon travail que je n'en ai plus assez pour mes loisirs et mes amis.	OUI	?	NON	NA
2	Je suis généralement en retard dans mon travail parce que je passe trop de temps à essayer de le faire parfaitement.	OUI	?	NON	
4	Je passe souvent tellement de temps sur de petits détails que je perds de vue le véritable but de mon travail.	OUI	?	NON	
5	Je réalise moins de choses que ce que je désirerais ou suis capable de faire.	OUI	?	NON	
6	Je remets souvent à plus tard le travail que je n'ai pas envie de faire, avec pour conséquence qu'il n'est pas fait à temps.	OUI	?	NON	
7	Quand je n'ai pas envie de faire un travail, je fais exprès de travailler lentement ou mal.	OUI	?	NON	
8	Quand je n'ai pas envie de faire quelque chose, je me mets habituellement à bouder ou je deviens irritable.	OUI	?	NON	
9	J'oublie souvent des obligations lorsque je n'ai pas envie de les remplir.	OUI	?	NON	
10	Je ne supporte pas que les gens me donnent de bons conseils, sur la manière d'être plus productif dans mon travail.	OUI	?	NON	
11	Je me plains que les autres attendent trop de moi.	OUI	?	NON	
12	Je gêne les efforts des autres en ne faisant pas bien mon travail.	OUI	?	NON	
13	Ca m'ennuie que les autres pensent que je travaille moins bien que je ne le crois.	OUI	?	NON	
14	Souvent et sans raison valable, je ne supporte pas les gens en position d'autorité.	OUI	?	NON	
15	J'évite tout travail qui implique des contacts importants avec d'autres personnes.	OUI	?	NON	

16	Je suis absent(e) du travail (école), sans raison valable, plus de 30 jours par année.	OUI	?	NON	NA
17	J'ai quitté un emploi (école), plus d'une fois, sans savoir ce que j'allais faire par la suite.	OUI	?	NON	NA
18	Au cours des 5 dernières années, j'ai passé plus de 6 mois sans emploi alors que j'aurais très bien pu travailler.	OUI	?	NON	

LES PROPOSITIONS SUIVANTES SE REFERENT AU GENRE DE PERSONNE QUE VOUS ETES.

19	Je ne sais pas vraiment qui je suis et parfois je ne sais pas à quoi m'attendre de moi-même.	OUI	?	NON
20	Je ne sais pas ce que je désire finalement réaliser dans ma vie ou dans mon travail.	OUI	?	NON
21	Je ne sais pas avec certitude ce qui est important pour moi dans la vie, ni ce que je pense être bien ou mal.	OUI	?	NON
22	J'ai besoin de la réassurance et des conseils d'autrui avant de prendre des décisions courantes de tous les jours.	OUI	?	NON
23	Je remets à plus tard ou j'évite le plus possible de prendre des décisions.	OUI	?	NON
24	Je laisse les autres prendre des décisions importantes à ma place.	OUI	?	NON
26	J'éprouve des difficultés à entreprendre ou faire quelque chose de ma propre initiative.	OUI	?	NON
32	Je suis incapable de jeter des objets usés ou sans valeur, même quand ils n'ont pas de valeur sentimentale pour moi.	OUI	?	NON
33	Je suis très strict(e) sur ce qui est bien et ce qui est mal.	OUI	?	NON
34	Je ne supporte pas d'avoir à attendre ce que je désire.	OUI	?	NON
36	Je suis mesquin et ne donne de l'argent, des présents ou du temps que si je peux en tirer un bénéfice.	OUI	?	NON
37	Je cherche constamment à être réassuré(e) par autrui.	OUI	?	NON
38	Je cherche constamment à être apprécié(e) et complimenté(e) par les autres.	OUI	?	NON
39	Je cherche toujours à être admiré(e) par les autres.	OUI	?	NON

41 J'ai énormément besoin d'être au centre de l'attention d'autrui. OUI ? NON

42 Je consacre beaucoup plus de temps et d'attention à mon apparence physique que la plupart des gens. OUI ? NON

43 Je suis une personne de grande valeur et qui a beaucoup de succès. OUI ? NON

44 Je me mets en difficulté parce que je passe trop de temps, dans la journée, à rêver de pouvoir, de célébrité, de succès ou d'amour idéal. OUI ? NON

46 Mes problèmes sont si particuliers qu'ils ne peuvent être compris que par des personnes hors du commun. OUI ? NON

LES PROPOSITIONS SUIVANTES SE REFERENT AUX PERSONNES QUI SONT IMPORTANTES DANS VOTRE VIE.

47	Je ne cherche ni n'apprécie les relations proches avec autrui, même à l'intérieur de la famille.	OUI	?	NON
48	Je n'ai pas d'amis intimes en dehors de mes parents proches.	OUI	?	NON
49	J'évite toutes situations dans lesquelles j'aurais des relations étroites avec les autres.	OUI	?	NON
51	J'ai une préférence marquée pour les activités solitaires.	OUI	?	NON
52	J'hésite à me confier à autrui, de peur que ce que je dis soit utilisé contre moi.	OUI	?	NON
53	Je me sens très nerveux(se) et mal à l'aise quand je suis avec des gens.	OUI	?	NON
54	Je suis habituellement silencieux(se) en société, par crainte de paraître stupide.	OUI	?	NON
55	J'ai besoin de savoir avec certitude que les gens m'aiment avant d'oser nouer des relations avec eux.	OUI	?	NON
57	Je me sens désespéré(e) et anéanti(e) durant une longue période quand une relation proche s'interrompt.	OUI	?	NON
58	Je change souvent d'avis à propos du genre d'amis que je désire avoir.	OUI	?	NON
59	Mes relations avec autrui sont habituellement orageuses, avec beaucoup de hauts et de bas.	OUI	?	NON
60	J'insiste pour que les autres fassent les choses à ma manière, sinon ça ne serait pas bien fait.	OUI	?	NON
61	J'estime avoir droit à un traitement de faveur parce que je suis une personne exceptionnelle.	OUI	?	NON
62	Je suis capable de manipuler les autres très habilement, si j'y trouve avantage.	OUI	?	NON

63	Je ne me préoccupe pas de ce que ressentent les autres.	OUI	?	NON
64	J'ai tendance à prendre des décisions à la place des gens qui me sont proches ou à leur imposer mon mode de vie.	OUI	?	NON
65	Je critique et rabaisse autrui en présence de tiers.	OUI	?	NON
68	Je m'arrange pour que les autres fassent ce que je veux, en les effrayant ou en les menaçant.	OUI	?	NON
69	Je mens parfois délibérément afin de blesser les autres.	OUI	?	NON
70	Je tire parfois plaisir de la souffrance d'autrui (personnes ou animaux).	OUI	?	NON
71	Je suis intéressé(e) par les armes, les arts martiaux, les blessures et la torture.	OUI	?	NON
72	Il m'est arrivé d'être cruel ou de maltraiter quelqu'un qui m'était confié.	OUI	?	NON
73	Je m'empresse de dire que les autres ont raison, même si ça n'est pas le cas, parce que j'ai peur qu'ils me rejettent.	OUI	?	NON
74	Je refuse l'aide des autres, même si j'en ai besoin.	OUI	?	NON
77	Je fais les travaux sales et désagréables que les autres n'ont pas envie de faire, afin qu'ils m'apprécient.	OUI	?	NON
78	Je me porte volontaire pour aider les autres, même si cela risque de me rendre la vie bien plus difficile.	OUI	?	NON
79	Les choix que je fais conduisent toujours, d'une façon ou d'une autre, à des déceptions ou à des échecs.	OUI	?	NON
80	Je ne suis pas intéressé(e) par les personnes qui sont bonnes envers moi ou qui me traitent bien.	OUI	?	NON
81	Je fais des choses qui mettent les autres en colère ou qui les dressent contre moi, puis je me sens blessé(e), vaincu(e) ou humilié(e).	OUI	?	NON

82	Quand quelqu'un m'insulte, je ne peux pas lui pardonner ou je ressens l'insulte durant des années.	OUI	?	NON
83	Je me rends compte que je me méfie de mes amis ou de mes associés sans raison valable.	OUI	?	NON
84	Je vois des sens cachés et des menaces même dans des remarques ou des gestes bien intentionnés.	OUI	?	NON
85	J'ai tendance à penser, sans raison suffisante, que les autres essaient de m'exploiter ou de me blesser.	OUI	?	NON
86	J'ai facilement tendance à penser que les autres disent du mal de moi.	OUI	?	NON

VKP / version DSM III-R

LES PROPOSITIONS SUIVANTES CONCERNENT VOS SENTIMENTS.

87	Je suis insensible aux compliments ou aux critiques d'autrui.	OUI	?	NON
88	Je me sens trop facilement blessé(e) par les critiques.	OUI	?	NON
89	Quand les gens me critiquent, je me sens furieux(se), honteux(se) ou humilié(e).	OUI	?	NON
90	Je suis trop enclin(e) à me sentir rabaissé(e) ou offensé(e).	OUI	?	NON
91	Quand je me sens rabaissé(e) ou offensé(e), je me mets aussitôt en colère ou je contre-attaque.	OUI	?	NON
92	Je suis en proie à des sentiments d'envie.	OUI	?	NON
93	J'éprouve de la difficulté à exprimer des sentiments chaleureux et tendres.	OUI	?	NON
94	J'exprime mes sentiments de façon dramatique et exagérée.	OUI	?	NON
96	Je suis incapable d'éprouver du plaisir ou de la joie.	OUI	?	NON
97	Je refuse pratiquement toutes occasions de prendre du plaisir.	OUI	?	NON
99	Parfois je me sens extrêmement fâché(e), sans raison valable, et j'ai des éclats de colère incontrôlés.	OUI	?	NON
101	Je ne suis pas capable de ressentir de la colère.	OUI	?	NON
102	Je souffre de sentiments de vide et d'ennui.	OUI	?	NON
103	Chaque fois qu'il m'arrive quelque chose de bien ou que j'obtiens un succès, je me sens déprimé(e) et coupable.	OUI	?	NON
104	Je fais tout ce que je peux pour ne pas me retrouver seul(e), car lorsque je suis seul(e), je me sens mal à l'aise et désemparé(e).	OUI	?	NON

105	Mes émotions peuvent changer très subitement, de manière inattendue et parfois sans raison apparente.	OUI	?	NON	
106	J'ai souvent des accès de dépression, de nervosité ou d'irritabilité qui durent plusieurs heures.	OUI	?	NON	
109	Je crains d'être embarrassé(e) par le fait de rougir, de pleurer ou de montrer des signes d'anxiété devant d'autres personnes.	OUI	?	NON	
111	J'évite beaucoup de situations qui ne font pas partie de mes activités quotidiennes, parce que je les trouve dangereuses ou risquées.	OUI	?	NON	
112	J'éprouve une crainte envahissante d'être abandonné(e) par les personnes qui me sont proches.	OUI	?	NON	
113	Chaque fois que j'ai le sentiment qu'une personne qui m'est proche va me quitter, je fais tout pour l'en empêcher.	OUI	?	NON	
114	Je suis peu ou pas attiré(e) par les relations sexuelles.	OUI	?	NON	
115	Je réalise parfois, ou d'autres personnes me le disent, que je m'habille ou me comporte d'une manière sexuellement très provocatrice.	OUI	?	NON	
117	Je m'engage dans des relations sexuelles de manière précipitée et impulsive.	OUI	?	NON	
118	Dans mes relations amoureuses, je ne suis jamais resté(e) fidèle plus d'un an.	OUI	?	NON	NA
119	J'ai souvent mis en doute, et sans raison valable, la fidélité de mon(ma) partenaire sexuel(le).	OUI	?	NON	NA
120	Je suis préoccupé(e) par une incertitude concernant mon identité sexuelle.	OUI	?	NON	

LES PROPOSITIONS SUIVANTES CONCERNENT QUELQUES UNES DE VOS IDEES.

122 Je crois à des phénomènes supranaturels et extraordinaires, et des choses comme la magie, la superstition, la télépathie ou la sorcellerie jouent un rôle dans ma vie quotidienne. OUI ? NON

123 Il m'arrive quelques fois de voir, d'entendre ou de sentir des choses inhabituelles que les autres gens ne perçoivent pas. OUI ? NON

LES PROPOSITIONS SUIVANTES SE REFERENT A DES CONDUITES IMPULSIVES ET IRRESPONSABLES.

126 Dans le passé, il m'est arrivé de vivre ou de voyager sans but précis pendant plus d'un mois, sans avoir de travail ou d'adresse fixe. OUI ? NON

127 Dans le passé, il m'est arrivé de négliger la santé ou la sécurité de mes enfants, ou de les avoir négligés de quelque autre manière. OUI ? NON NA

128 Dans le passé, il m'est arrivé de ne pas respecter mes engagements financiers, ou d'avoir manqué aux obligations financières envers ma famille, alors que j'étais censé(e) le faire. OUI ? NON

129 Dans le passé, il m'est arrivé de maltraiter quelqu'un ou d'en abuser physiquement. OUI ? NON

130 J'ai parfois essayé de contrôler les autres ou de les contraindre à m'obéir en employant la cruauté ou la violence physique. OUI ? NON

131 Dans le passé, il m'est arrivé de tromper quelqu'un, d'utiliser un faux nom ou de mentir, lorsque cela servait mes intérêts. OUI ? NON

132 Il m'est arrivé plus d'une fois de conduire imprudemment, trop vite ou en état d'ivresse. OUI ? NON NA

133 Dans le passé, il m'est arrivé d'être arrêté(e) par la police ou d'avoir fait des choses pour lesquelles j'aurais pu être arrêté(e) si on m'avait pris(e). OUI ? NON

134 Dans le passé, il m'est arrivé d'avoir des ennuis:
- en perdant aux jeux ou en dépensant trop d'argent;
- en étant saoûl(e) ou en ayant abusé de drogues;
- en me gavant de nourriture;
- en volant à l'étalage. OUI ? NON

135 Quelquefois, je me suis blessé(e) volontairement, j'ai tenté de me suicider ou j'ai menacé de le faire. OUI ? NON

137 Si jamais je blesse, maltraite ou vole quelqu'un, c'est toujours justifié. OUI ? NON NA

LES PROPOSITIONS SUIVANTES CONCERNENT VOTRE COMPORTEMENT AVANT L'AGE DE 15 ANS.

140	Je faisais souvent l'école buissonnière.	OUI	?	NON
141	J'ai fugué de la maison et suis resté(e) absent(e) toute la nuit.	SOUVENT	UNE FOIS	JAMAIS
142	J'ai déclenché des bagarres.	SOUVENT	UNE FOIS	JAMAIS
143	Je me suis servi(e) d'une arme pendant une bagarre.	SOUVENT	UNE FOIS	JAMAIS
144	J'ai forcé quelqu'un à avoir des relations sexuelles avec moi.	SOUVENT	UNE FOIS	JAMAIS
145	J'ai été cruel envers les animaux.	SOUVENT	UNE FOIS	JAMAIS
146	J'ai maltraité physiquement des gens.	SOUVENT	UNE FOIS	JAMAIS
147	J'ai volontairement détruit des choses de valeur appartenant à d'autres personnes.	SOUVENT	UNE FOIS	JAMAIS
148	J'ai délibérément causé un incendie.	SOUVENT	UNE FOIS	JAMAIS
149	J'ai menti à propos de choses importantes, pour d'autres raisons que celle d'échapper à des sévices physiques ou à des abus sexuels.	OUI	?	NON
150	J'ai volé.	SOUVENT	UNE FOIS	JAMAIS
151	J'ai volé en me servant d'une arme, en attaquant quelqu'un, ou en le menaçant.	OUI	?	NON

POUR TERMINER, VOICI QUELQUES PROPOSITIONS SUR CE QUE LES AUTRES PENSENT (OU POURRAIENT PENSER) DE VOUS.

152	Les gens se plaignent que je parle de façon étrange/ bizarre/ vague/ incompréhensible.	OUI	?	NON
153	Les gens se plaignent que, à cause de ma manière exubérante de parler, j'exagère ou je n'en arrive pas au fait.	OUI	?	NON
154	Mon comportement ou mon apparence font probablement croire aux gens que je suis étrange, spécial ou mauvais.	OUI	?	NON
155	Les gens me croyent froid(e) et sans émotion.	OUI	?	NON
156	Les gens ne comprennent pas mon sens de l'humour.	OUI	?	NON
157	Les gens doivent penser que je suis paranoïaque.	OUI	?	NON

Temps de passation :

ANNEXE n°6
ECHELLE D'EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE

ECHELLE D'EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE (SIP révisée)

A. FORME PHYSIQUE DU PATIENT

• Globalement, vous considérez que votre forme physique est actuellement :

3 ☐ Très mauvaise 2 ☐ Plutôt mauvaise 1 ☐ Plutôt bonne 0 ☐ Excellente

• Avez-vous mis plus de temps qu'à l'habitude pour réaliser les gestes de votre vie quotidienne ? *(toilette, repas, ménage, travail)*

0 ☐ Non, le même temps 1 ☐ Légèrement plus 2 ☐ Beaucoup plus 3 ☐ Incapable de réaliser ces gestes

• Avez-vous, par manque de résistance, abandonné une tâche nécessitant une énergie soutenue ?

0 ☐ Jamais 1 ☐ Parfois 2 ☐ Souvent 3 ☐ Constamment

• Vous-êtes-vous senti limité sur le plan sexuel ? *(la réponse à cette question est facultative)*

0 ☐ Pas du tout 1 ☐ Légèrement 2 ☐ Modérément 3 ☐ Totalement

• Avez-vous ressenti de la difficulté à vous décontracter ou à vous relaxer lorsque vous étiez "tendu" ?

0 ☐ Jamais 1 ☐ Parfois 2 ☐ Souvent 3 ☐ Constamment

Sous-score : |__|__|

B. FORME INTELLECTUELLE ET MORALE

• Globalement, vous considérez que votre forme intellectuelle et morale est actuellement :

3 ☐ Très mauvaise 2 ☐ Plutôt mauvaise 1 ☐ Plutôt bonne 0 ☐ Excellente

• Avez-vous eu des difficultés pour vous concentrer ou pour soutenir votre attention ?

0 ☐ Aucune difficulté 1 ☐ Difficultés légères 2 ☐ Difficultés modérées 3 ☐ Difficultés importantes

• Vous-êtes-vous senti, ces dernières semaines, "sous pression", stressé, facilement agressé par les choses ou les gens ?

0 ☐ Jamais 1 ☐ Parfois 2 ☐ Souvent 3 ☐ Constamment

• Avez-vous perdu le goût de faire des choses qui vous intéressaient auparavant ?

0 ☐ Pas du tout 1 ☐ Légèrement 2 ☐ Nettement 3 ☐ Complètement

Sous-score : |__|__|

C. VIE SOCIALE

• Vous-êtes-vous senti mal à l'aise ou "mal dans votre peau" lorsque vous étiez en société ou en compagnie de certaines personnes ?

0 ☐ Jamais 1 ☐ Parfois 2 ☐ Souvent 3 ☐ Constamment

• Avez-vous pris l'initiative de rencontrer des amis ou des proches auxquels vous teniez ?

0 ☐ Souvent 1 ☐ De temps en temps 2 ☐ Rarement 3 ☐ Jamais

• Avez-vous eu le sentiment de profiter de vos moments de loisir, même si ces derniers ont été rares ?

0 ☐ J'en ai profité 1 ☐ J'en ai assez bien profité 2 ☐ J'en ai un peu profité 3 ☐ Je n'en ai pas profité du tout

• A l'heure actuelle, trouvez-vous des satisfactions dans votre vie familiale ?

0 ☐ Beaucoup 1 ☐ Moyennement 2 ☐ Un peu 3 ☐ Pas du tout

Sous-score : |__|__|

D. IMPACT DU TRAITEMENT

• Etes-vous globalement satisfait de votre traitement ~~antidépresseur~~ ?

0 ☐ Très satisfait 1 ☐ Plutôt satisfait 2 ☐ Plutôt mécontent 3 ☐ Très mécontent

• Etes-vous disposé à continuer à prendre ce traitement ?

☐ Oui ☐ Non

• Si vous avez répondu oui, préciser :

0 ☐ Je suis disposé à prendre ce traitement d'une manière prolongée 1 ☐ Je suis disposé à prendre ce traitement encore quelques temps, s'il le faut

• Si vous avez répondu non, précisez :

2 ☐ Je préfèrerais un autre traitement médicamenteux, plus adapté à mon cas 3 ☐ Je préfèrerais arrêter tout traitement de ce genre

Sous-score : |__|__|

Score total : |__|__|

BIBLIOGRAPHIE

1- OBEPI 2000
Le surpoids et l'obésité en France. Enquête épidémiologie réalisée dans un échantillon représentatif de la population française, adulte et enfant.
Une enquête INSERM. Institut Roche de l'obésité. SOFRES., 2000

2- LAVILLE M.
Définition et épidémiologie des obésités massives
Rev.Prat., 1993 ; 43 (15) : 1905-1907

3- BASDEVANT A., LE BARZIC M., GUY-GRAND B.
Les obésités, nouvelle édition
PIL., 1993

4- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)
Report of a WHO Consultation on obesity : preventing and managing the global epidemic
WHO : Geneva, 1998

5- WORLD HEALTH ORGANIZATION
Physical status: The use and interpretation of anthropometry
WHO : *Tech. Rep. Ser.*, 1995 ; 854 : 1-452

6- WILLET WC., DIETZ WH., COLDITZ GA.
Guidelines for healthy wheigt
N.Engl.J Med., 1999 ; 341 : 875-83

7- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH
Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of over weight and obesity in adults: The evidence report
Washington, DC : National Institutes of Health, 1998

8- LECERF JM.
Poids et obésités
Collection pathologie science formation. Editions John Libbey Eurotext, 2001

9- ZIEGLER O., DEBRY O.,
Epidémiologie des obésités de l'adulte
Encycl. Med. Chir, Endocrinologie-nutrition, 1998 ; 10-506-B-20

10- CASSUTO D., BASDEVANT A., RIBIERO P., GUY-GRAND B.
Complications des obésités
Encycl. Méd.Chir., Endocrinologie-nutrition, 1991 ; 10-506-E-10

11- RAISON J., BASDEVANT A., GUY-GRAND B.
Relation entre répartition du tissu adipeux et lipides circulants chez la femme obèse
Presse Med., 1987 ; 16 : 431-433

12- JAMES PT., LEACH R., KALAMARA E., SHAYEGHI M.
The worldwide obesity epidemic
Obes. Res., 2001 Nov ; 9 (Suppl 4) : 228S-233S

13- VALENSI P.
Hemodynamics of massive obesity
Rev. Prat., 1993 ; 56(4 Pt 1) : 106-114

14- BRAY GA.
Health hazards of obesity
Endocrinology and metabolism clinics of North America, 1996 ; 25 (4) : 907-919

15- OPPERT JM.
Obésité, épidémiologie, diagnostic et complications
Rev. Prat., 1997 ; 47 (6) : 679-685

16- LAABAN JP.
Respiratory function in massive obesity
Rev. Prat., 1993 ; 43 (15) : 1911-1917

17- AL RIYAMI B., AL RAWAS O., HASSAN M.O.
Pathophysiology of obstructive sleep apnoea syndrome: a review
Medical Sciences, 2000 ; 2 : 117-124

18- MARCHIANDO K.
Pickwickian syndrome: the challenge of severe sleep apnea
Medsurg. Nurs., 2000 ; 9 (4) : 183-188

19- OKOSUN IS., FORRESTER TE., ROTIMI CN. ET AL.
Abdominal adiposity in six populations of West African descent : prevalence and population attributable fraction of hypertension
Obes. Res., 1999 Sep ; 7 (5) : 453-62

20- AFERO (Association Française d'Etudes et de Recherches sur l'Obésité), ALFEDIAM (Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques), SNDLF (Société de Nutrition et de Diététique de Langue Française)
Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité
Diabetes and Metabolism, 1998 ; 24 (suppl 2)

21- DE GENNES C.
Pathologie ostéo-articulaire et obésité massive
Rev. Prat., 1993 ; 43 (15) : 1924-1928

22- COGGON D., READING I., CROFT P., ET AL.
Knee osteoarthrosis and obesity
International Journal of obesity, 2001 ; 25 (5) : 622-627

23- NEUSCHWANDER-TETRI BA.
Nonalcoholic steatohepatitis: an evolding diagnosis
Can. J. Gastroenterol., 2000 ; 14 (4) : 321-326

24- BONGAIN A., ISNARD V., GILLET JY.
Obesity in obstetrics and gynecology
European Journal of Obstetrics and Gynecology, 1998 ; 77 (2) : 217-228

25- BEATEN J.M., BUKUSI E.A., LAMBE M.
Pregnancy complications and outcomes among overweight and obese nulliparous women
American Journal of PublicHealth, 2001 ; 91 (3) : 436-440

26- ALTMAN J.J., FELDMAN S.
Néphropathie de l'obésité massive
Rev. Prat., 1993 ; 43 (15) : 1940-1943

27- BIAUNIE G., KALIS B.
Complications cutanées de l'obésité massive
Rev. Prat., 1993 ; 43 (15) : 1930-1933

28- MUNSCH Y., SAGNARD P.
Le point de vue de l'anesthésiste dans le traitement chirurgical de l'obésité massive
Annales de chirurgie, 1997 ; 51 (2) : 183-187

29- PELOSI P., CROCI M., RAVAGNAN I., ET AL.
The effects of body mass on lung volumes, respiratory mechanics and gas exchange during general anesthesia
Anesth. Analg., 1998 ; 87 : 654-683

30- COHEN S., GONDRET R., MANKIKIAN B.
Obésité massive et anesthésie
Rev. Prat., 1993 ; 43 (15) : 1950-1955

31- HERMAN CP., POLIVY J.
Restrained Eating
In Obesity, STUNKARD AJ, PHILADELPHIA, SAUNDERS WB,1980 ; 209-228

32- FRICKER J.
Actualités en obésité
Encycl. Med. Chir., Endocrinologie-nutrition, 2002 ; 10-507-A-10

33- FOSTER G., THOMAS A., SANDERSON R. ET AL.
Obese patients perception of treatement outcomes and the factors that influence them
Arch. Int. Med., 2001 ; 161 : 2133-2139

34- FINER N.
Present and future pharmacological approaches
British Medical Bulletin, 1997 ; 53 (2) : 409-432

35- LEFEVRE P.J., SCHEN A.J.
Obesity and new treatements
Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes, 2001 ; 109 (suppl 2) : S215-S224

36- FAWZY I., PASNAU R., MAXWEL M. ET AL.
A comprehensive psychological approach to obesity
Psychiatric medicine, 1984 ; vol 1-n° 3

37- LE BARZIC M.
Aspects psychologiques de l'obésité
Encyclopédie Medico-Chirurgicale, 2002 ; 10-506-G-10

38- WAYSFELD B, LAURENT-JACCARD A.
Les échecs du traitement de l'obésité
Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier, Paris), Akos Encyclopédie pratique de med., 1998 ; 3-0790 : 4p

39- GILLIERON E.
Manuel de psychothérapies brèves
Ed. Dunod, Paris, 1997 : 49-64

40- MOREL Y., ALLAZ A.-F., GOLAY A . ET AL.
Effet d'un programme cognitivo-comportemental-nutritionnel sur l'état psycho-affectif de patients obéses
Journal de thérapie comportementale et cognitive, 2001 ; 11 :16-20

41- ZIPPER E., VILA G., DABBAS M., ET AL.
Obésité de l'enfant et de l'adolescent, troubles mentaux et psychopathologie familiale
Presse Med., 2001 ; 30 : 1489-95

42- ANDREW G.
Intimate saboteurs
Obes. Surg., Oct 1997 ; 7 (5) : 441-8

43- KLESGES RC., MALOTT J.M., BOSHEE P.F., WEBER J.M.
The effects of parental influence s on children's food intake, physical activity, and relative weight
International Journal of Eating Disorder, 1983 ; 5 : 335-46

44- ISNARD-MUGNIER P., VILA G., NOLLET-CLEMENCON , ET AL.
Etude contrôlée des conduites alimentaires et des manifestations émotionnelles dans une population d'adolescentes obèses
Archives françaises de Pédiatrie, 1993 ; 50 : 89-96

45- GILLIERON E.
Manuel de psychothérapies brèves
Ed. Dunod Paris, 1997 :155-184.

46- FAIRBURN G., WILSON T.
Binge eating , nature, assessment and treatment
New York; London: Guilford Press, 1993

47- WAYSFELD B., LAURENT-JACCARD.
Troubles du comportement alimentaire
Encyclopédie médico-chirurgicale (Elsevier, Paris), Akos Encyclopédie pratique de méd., 3-0790, 1998 : 4p

48- BASDEVANT A., GUY-GRAND B.
Médecine de l'obésité
Médecine-Sciences, Flammarion, 2004

49- TOLENNY AM., O'MEARA S., MELVILLE A., SHALDON TA., WILSON C.
The treatement and prevention of obesity : a systematic review of the literature
Int. I. obes. Relat. Metab. Disorb., 1997 ; 21 : 715-37

50- ANAES : Etudes d'évaluation technologique
Chirurgie de l'obésité morbide de l'adulte
Mai 2000

51- DIGREGORIO J., MOOREHEAD M.
The psychology of bariatric surgery patients : A clinical report
Obes. Surg., 1994 ; 4 : 361-369

52- LARSEN F.
Psychological function before and after gastric banding surgery for morbid obesity.A prospective psychiatric study
Acta Psy. Scand. Suppl., 1990 ; 359 : 1-57

53- LANG T., HAUSER S., BUDDEBERGER C. ET AL.
Psychological comorbidity and quality of life of patients with morbid obesity and requesting gastric banding
Schweiz Med Wochenschr, May 2000 ; 130 (20) : 739-748

54- DOLDI SB.
La chirurgie de l'obésité morbide : des courts-circuits intestinaux à l'anneau gastrique ajustable
Ann. Chir., 1998 ; 52 (2) : 125-131

55- GANCEL A.
Chirurgie de l'obésité
Act. Med. Int-Métabolismes-Hormones-Nutrition., 2002 ; Vol VI (2) : 69-73

56- CHEVALIER JM.
Les techniques chirurgicales dans le traitement de l'obésité
Med. Clin. Endocrinologie et diabète, 2003 ; 7 : 33 -39

57- COUPAYE M., BASDEVANT A., BARILLOT JL.
Chirurgie gastrique de l'obésité : quelles indications ?
Med. Clin. Endocrinologie et diabète, 2003 ; 7 : 40-44

58- FROCKER J.
Prise en charge d'une obésité passive III
La chirurgie. Concours Med., 1998 ; 120-03 : 179-183

59- BROLIN RE.
Update : N14 Consensus Conference. Gastro intestinal surgery for severe obesity
Nutrition, 1996 ; 12 : 403-4

60- SLIM K.
La chirurgie cœlioscopique de l'obésité
J Chir., 1999 ; 136 : 188-97

61- CHEVALLIER JM., ZINZINDOHOUE F., CHERRAK A. ET AL.
La gastroplastie par laparoscopie pour grands obèses. 300 cas, évaluation des 150 premiers
Presse Méd., 2000 ; 29 : 1921-5

62- MAC LEAN LD., RHODE BM., NOHR CW.
Late outcome of isolated gastric bypass
Ann Surg., 2000 ; 231 : 524-8

63- MARMUSE JP.
Le traitement de l'obésité morbide par cerclage gastrique sous cœlioscopie
Entretiens de Bichat-chirurgie, 15 septembre 1997

64- MAC LEAN LD., RHODE BM., FORSE RA., NOHR C.
Surgery for obesity. An update of a randomized trial
Obes. Surg., 1995 ; 5 : 145-53

65- ALLEN J.W., COLEMAN M.G., FIELDING G.A.
Lessons learned from gastric banding for morbid obesity.
Am. J. Surg., 2001 ; 182 (1) : 1-14

66- COSTIL P.
Quand proposer une gastroplastie par anneau?
Abstract Diabétologie, juin 2002 ; (15) : 16-17

67- WEISS H., NEHODA H., LABECK B. ET AL.
Gastroscopic band removal after intragastric migration of adjustable gastric band : a new minimal invasive technique
Obes. Surg., 2000 ; 10 : 167-70

68- MASON EE., DOHERTY C.
Vertical banded gastroplasty for morbid obesity
Digestive Surgery, 1997 ; 14 : 355-360

69- NASLUND E., BACKMAN L., GRANSTROM L., STOCKELD D.
Department of surgery, Karolinska Institute, Danderyd Hospital, Stockholm, Sweden
Seven years results of vertical banded gastroplasty for morbid obesity
Eur. J. Surg., 1997 APR ; 163(4) : 281-6

70- TOURNIAIRE J., FIMBEL S., PENET D. ET AL.
Traitement de l'obésité sévère par gastroplastie verticale calibrée 55 observations
La Presse Médicale, Fev 1995 ; 24 (5) : 256-262

71- MASON EE., TANG S., RENQUIST KE ET AL.
A decade of change in obesity surgery
National Bariastric Registry (NBSR) Contributors
Obes. Surg., 1997 ; 7 : 189-97

72- FISHER BL., BARBER EL.
Gastric bypass procedures
Eur. J. Gastroenterol Hepatol, 1999 ; 11 : 93-7

73- SUGERMAN HJ., KELLUM JM., ENGLE KM. ET AL.
Gastric bypass for treating severe obesity
Am J Clin Nut, 1992 ; 55 (suppl) : 560S-6

74- CLEATOR IG., POLYAKOV G., BIRMINGHAM CL.
Ileogastrostomy or jejunoileal bypass with drainage of the bypassed bowel into the stomach
Eur J Gastroenterol hepatol, 1999 ; 11 : 85-8

75- VASSALLO C., NEGRI L., DELLA VA. ET AL
Biliopancreatic diversion with transitory gastroplasty preserving duodenal bulb : 3 years experience
Obes. Surg., 1997 ; 7 : 30-3

76- SCOPIRANO N., GIANETTA E., ADAMI G.
Bilio-pancreatic diversion for obesity at 18 years
Surgery, 1996 ; 119 (3) : 261-268

77- WADDEN TA., STUNKARD AJ.
Social and psychological consequences of obesity.
Ann Intern Med, 1985 ; 103 : 1062-1067

78- STUNKARD AJ., WADDEN TA.
Psychological aspects of severe obesity
Amer Journal Clin Nutr, 1992 ; 55 (suppl) : 524S-532S

79- HERMAN CP.,MACK D.
Restrained and unrestrained eating
J. Person, 1975 ; 43/647-660

80- HERMAN CP., POLIVY J.
Restrained eating
In: *Stunkard Ajed. Obesity Philadelphia : WB Saunders,* 1980 ; 208-225

81- APFELDORFER G., ZERMATI JP.
La restriction cognitive face à l'obésité
Presse Med., 2001 ; 30 : 1575-1580

82- LE BARZIC M., POUILLON M.
La meilleure façon de manger. Les désarrois du mangeur moderne
Paris, Odile Jacob, 1998

83- FREUD S.
Trois essais sur la théorie de la sexualité
Paris : Gallimard, 1962

84- BALDARO B., BASALMO A., CATERINA R. ET AL.
Decoding difficulties of facial expression of emotions in mothers of children suffering from developmental obesity
Psychother. Psychosom., 1996 ; 65 (5) : 258-261

85- KING TK.
Sexual abuse and obesity : implications for the treatment of obesity
Med. Health R I, 1997 ; 80 (11) : 364-366

86- DREYFUS M.
Quelle est la part des troubles du comportement alimentaire dans l'obésité de l'enfant?
Réalités Pédiatriques- N° 43- 1999

87- RAND CS., STUNKARD AJ.
Obesity and psychoanalysis
Am. J. Psychiatry, 1978 ; 135 (5) : 547-551

88- SOBAL J., STUNKARD AJ.
Socioeconomic status and obesity : a review of the literature
Psychol. Bull, 1990 ; 105: 260-275

89- BROWNELL KD.., WADDEN TA.
Etiology and treatment of obesity: understanding a serious, prevalent and refractory disorder
J. Consult. Clin. Psychol., 1992 ; 60 (4) : 505-517

90- APFELDORFER G.
Traité de l'alimentation et du corps
Ed. Flammarion, 1994 : 849p

91- SARLIO-LAHTEENKORVA S., STUNKARD A., RISSANEN
Psychosocial factors and quality of life in obesity
Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord., 1995 ; 19 (suppl 6) : S1-S5

92- KRAL JG., SJOSTROM LV., SULLIVAN MB.
Asseessment of quality of life before and after surgery for severe obesity
Am. J. Clin. Nutr., 1992 ; 55 (suppl 2) : 611S-614S

93- FONTAINE KR., CHEKIN LJ., BAROFSKI I.
Health-related quality of life in obese persons seeking treatment
J. Fam. Pract., 1996 ; 43 (3) : 265-270

94- FONTAINE KR., BAROFSKI I., CHESKIN LJ.
Predictors of quality of life for obese persons
J. Nerv. Ment.Dis., 1997 ; 185 (2) : 120-122

95- FOREYT JP., BRUNNER RL., GOODRICCK GK. ET AL
Psychological correlates of reported physical activity in normal-weight and obese adults: the Reno diet-heart study
Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord., 1995 ; 19 (suppl4) : S69-S72

96- LE BARZIC M.
Déterminants psychosociaux des obésités massives
Rev. Prat., 1993 ; 43 (15) : 1900-1903

97- SOBAL J., STUNKARD AJ.
Socioeconomic status and obesity: a review of the literature
Psychol. Bull, 1989 ; 105 (2) : 260-275

98- DEJONG W.
The stigma of obesity: the consequences of naïve assumption concerning the causes of physical deviances
Journal of Health and Social behavior, 1980 ; 21 : 75-87

99- GOFFMAN E.
Stigma: notes on the management of Spoiled Identity
Englewood Cliffs, New York, Prentice Hall, 1963

100- WADDEN TA., STUNKARD AJ.
Psychopathology and obesity
Ann. N. Y. Acad. Sci., 1987 ; 499 : 55-65

101- FELITTI VJ.
Childhood sexual abuse, depression and family dysfunction in adult obese patients: a case control study
South Med. J., 1993 ; 86 (7) : 732-736

102- FRANCES A., HAROLD ALAN PINCUS H., FIRST M.
Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatriéme edition, (DSM IV)
American Psychitric Association, Ed. Masson, 1995

103- SPECKER S., DEZWAAN M., RAYMOND N. ET AL.
Psychopathology in subgroups of obese women with and without Binge Eating Disorder.
Comprehensive psychiatry, 1994 ; 35 : n°3

104- BASDEVANT A., LE BARZIC M., GUY-GRAND B.
Comportement alimentaire : du normal au pathologique
Ardix Medical, 1990 ; 95p

105- STUNKARD A., GRACE W., WOLFF H.
The Night Eating Syndrom a pattern of food intake among certain obese patients
American Journal of Medicine, 1955

106- SCENCK C., MAHOWALD M.
Review of Nocturnal Sleep-Related Eating Disorder
Int. J. Eat. Disord., 1994; 15(4) ,343-346

107- ADAMI G., MENEGHELLI A., SCOPIRANO N.
Night Eating Syndrom in individuals with Mediterranean eating-style
Eating Weight Disord, 1997 ; 2 : 203-206

108- ATCHISON M., WADE T., HIGGINGS B. ET AL.
Anorexia Nervosa following gastric reduction surgery for morbid obesity
Int. J. Eat. Disord., 1998 ; 23 (1) : 111-114

109- BLACK D., GOLSTEIN R., MASON E.
Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients
Am. J. Psychiatry, 1992 ; 149 : 227-234

110- KANTER RA., WILLIAMS BE., CUMMINGS C.
Personal and parental alcohol abuse, and victimization in obese binge eaters and nonbingeing obese
Addict Behav., 1992 ; 17 (5) : 439-445

111- WURTMAN JJ.
Depression and weight gain: the serotonin connection
J. Affect. Disord., 1993 ; 29 (2-3) : 183-192

112- CLARK MM., NIAURA R., KING TK. ET AL.
Depression, smoking, activity level and health status: pre-treatment predictors of attrition in obesity treatment
Addict Behav., 1996 ; 21(4) : 509-513

113- DUBOVSKY SL., COYLE DA.ET AL.
Apreliminary study of the relationship between preopeartive depression and weight loss following surgery for morbid obesity
Int. J. Psychiatry Med., 1985 ; 86-115

114- VIESSELMANN JO., ROIG M.
Depression and suicidality in eating disorders
J. Clin. Psychiatry, 1985 ; 46 (4) : 118-124

115- ISNARD-MUGNIER P., VILA G., NOLLET-CLEMENCON C. ET AL.
Acontrolled study of food behavior and emotional manifestation in population of obese female adolescents
Arch. Fr. Pediatr., 1993; 50 (6) : 479-484

116- SCHWALBERG MD., BARLOW DH., ALGER SA. ET AL.
Comparaison of bulimics, obese binge eaters, social phobics and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders
J. Abnorm. Psychol., 1992 ; 101 (4) : 675-681

117- COOPER in BROWNELL KD., FAIRBURN CG.
Eating disorders and obesity : a comprehensive hand
Ed Guilford, 1995 : 583p. ch 28

118- KINZL JF., AIGNER F. ET AL.
Paternship, sexuality, and sexual disorders in morbidly obese women : consequences of weight loss after gastric banding
Obes. Surg., 2001 ; 11(4) :455-458

119- REYNOLDS WT.
Toward a psychology of obesity: Review of research on the role of personality and level of adjustment
Int. J. Eat. Disorders, 1982 ; 2 : 39-57

120- RANTY Y.
Les somatisations
L'Harmattan, 1999

121- RANTY Y.
Le corps dans la relaxation
L'Harmattan, 2002

122- MACKINNONN A., CHRISTENSEN H., JORM AF., ET AL.
A latent trait analysis of an inventory designed to detect symptoms of anxiety and depression using an elderly community sample
Psychol Med, 1994 ; 24 : 977-86

123- GOLDBERG D., BRIDGES K., DUNCAN-JONES P., ET AL.
Detecting anxiety and depression in general medical settings
Br Med J, 1988 ; 297 : 897-9

124- MONTGOMERY SA., ASBERG M.
A new depression scale designed to be sensitive to change
Brit J Psychiatr, 1979 ; 134 : 382-389

125- LEMPERIERE T., LEPINE JP., ROUILLON F.
Comparaison de différents instruments d'évaluation de la dépression à l'occasion d'une étude sur l'Athymil 30 mg
Ann médico-Psychol, 1984 ; 142 : 1206-1212

126- Maier W., Phillip M.
Comparative analysis of observed depression scales
Acta Psychiatr Scand, 1985 ; 72 : 239-245

127- PELLET J., DECRAT M., LANG F. ET AL.
Description d'un échantillon de 300 échelles MADRS portant sur des sujets déprimés
Ann médico-Psychol, 1987 ; 145 : 170-1475

128- TYRER P., OWEN RT., CICCHETTI DV.
The brief scale for anxiety : a subdivision of the comprehensive psychopathological rating scale
Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 1984 ; 47 : 970-975

129- CLONINGER CR., SVRAKIC DM., PRZYBECK TR. ET AL.
A psychobiological model of temperament and character
Arch Gen Psychiatry, 1993 ; 50 : 975-990

130- PÉLISSOLO A., LÉPINE JP.
Traduction française et premières études de validation du questionnaire de personnalité TCI
Ann. Med. Psychol, 1997 ; 155 : 498 –508

131- LORANGER AW., SARTORIUS N., ANDREOLI A., ET AL.
The International Personality disorder Examination
The World Health Organization/Alcohol Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders
Arch Gen Psychiatry, 1994 ; 51 : 215-24

132- ABRAMS RC., ALEXOPOULOS GS. ET AL.
Geriatric depression and DSM-III-R personality discorder criteria.
J Am Geriatr Soc., 1987 ; 35 (5) : 383-386

133- CAMUS V., DE MENDOCA CA., GAILLARD M., SIMEONE I., ET AL.
Are Personality disorder more fréquent in early onset gériatric depression ?
Journal of Affective Disorders, 1997 ; 46 : 297-302

134- ABRAMS RC., ROSENDHAL E. ET AL.
Personality disorder correlates of late and early onset depression
J Am Geriatr Soc., 1994 ; 42 (7) : 727-731

135- MARTIN P.
Evaluation de la qualité de vie dans une population de patients déprimes traits en ambulatoire par l'amoxapine (DEFANYL 100mg)
Synapse, 1992 ; 83

136- BURBAUD F., ROCHE-BIGAS B., NUBUKPO P.
La santé mentale en population générale « images et réalités » en Haute-Vienne : principaux résultats
ORS Limousin, Document 6 pages 2204

137- HUTZLER JC., KEEN J., MOLINARI V., ET AL.
Super obesity: a psychiatric profile of patients electing gastric stapling for the treatment of morbid obesity
J. *Clin. Psychiatry*,1981 ; 42 : 458-460

138- HALMI KA., LONG H., STUNKARD AJ.
Psychiatric diagnosis of morbidly obese gastric bypass patients
Am. J. Psychiatry, 1980 ; 137 : 470-472

139- VAN HOUT GCM., OUDHEUSDEN IV., VAN HECK GL.
Psychological profile of morbidly obese
Obesity Surgery, 2004 ; 14 : 579-588

140- DIXON JB., DIXON ME., O'BRIEN PE.
Depression in assocation with severe obesity
Arch. Int. Med., 2003 ; 163 : 2058-2065

141- FRIEDMANN KE., REICHMANN SK., COSTANZO P., ET AL.
Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress
Obes. Research, 2002 ; 10 : 33-41

142- DE CHARRY W., CONSOLI SM., BYDLOWSKI S., ET AL.
Psychopathologie quantitative de l'obésité morbide chez les candidats à la gastroplastie
Congrès de l'encéphale 2003

143- WEISS E., MASLING J.
Further validation of a Rorschach measure of oral imagery
J. Abnormal Psychology, 1970 ; 19 :151-153

144- WEBB WW., MOREY LC., CASTELNUOVO-TEDESCO P., ET AL.
Heterogeneity of personality traits in massive obesity and outcome prediction of bariatric surgery
Int. J. Obesity, 1990 ; 14 : 13-20

145- GOLAY A., HAGON I., PAINOT D., ET AL.
Personalities and alimentary behaviors in obese patients
Patient Education and Counseling, 1997 ; 31 : 103-112

146- GUISADO JA., VAZ FS., ALARCON J., ET AL.
Psychopathological status and interpersonal functioning following weight loss in morbidly obese patients undergoing bariatric surgery
Obesity Surgery, 2002 ; 12 : 835-840

147- BJÖRNELL HJÖRDIS RN., GUNNAR E., DAISY S.
Personality traits related to eating behavior and weight loss in a group of severely obese patients
Int. J. Eat. Disorders, 1989 ; 8 : 315-323

148- SOGG S., MORI DE AL.
The Boston interview for geriatric bypass: determining the psychological suitability of surgical candidates
Obesity Surgery, 2004 ; 14 : 370-380

149- FISCHER BB., KLAGHOFER R., SIGRIST S., ET AL.
Impact of psychosocial stress and symptoms on indication for bariatric surgery outcome in morbidly obese patients
Obesity Surgery, 2004 ; 14 : 370-380

150- DE ZWAAN M., LANCASTER KL., MITCHELL JE., ET AL.
Health related quality of life in morbidly obese patients: effect of gastric bypass surgery
Obesity Surgery, 2002 ; 12 : 773-780

151- KINZL JF., TRAIVEGER C., TREFALT E., ET AL.
Psychosocial consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity
Obesity surgery, 2003 ; 13 : 105-110

152- HUBER P., MULIGAN R., MACKINON A., ET AL.
Detecting anxiety and depression in hospitalised elderly patients using a brief inventory
Eur. Psychiatr., 1999 ; 14 : 11-6

153- PELISSOLO A., LEPINE JP.
Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory (TCI) in the French version
Psychiatr Res, 2000 ; 94 : 67 – 76

154- LEPINE JP., PELISSOLO A., TEODORESCU R. ET AL.
Evaluation des propriétés psychométriques de la version française du questionnaire tridimensionnel de la personnalité (TPQ)
L'Encéphale, 1994 ; XX : 747 – 753

155- CLONINGER CR.
A systematic method for clinical description and classification of personality variants
Arch Gen Psychiatry, 1987 ; 44 : 573-88

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

RESUME EN ANGLAIS

Psychological facts and surgical results after one month : a cross study about 100 obese patients having applied for bariatric surgery

From February 2003 to January 2005 we studied 100 patients suffering from obesity who had applied for bariatric surgery in order to assess their psychopathological profile and quality of life.

Morbid obesity accounts for 71% of the cases within the study population, which is composed mainly of young women (average age 42 years). Half of these patients suffer from associated morbidities and have suffered from previous psychiatric problems. In most cases, their obesity started at adulthood and followed significant events in their lives, particularly pregnancies.

Among the surgical operations available for the treatment of obesity, the majority of this population chose the adjustable gastric band. For three-quarters of them, the choice was motivated by psycho-affective reasons. Observations of the patients one month after surgery showed that the bypass is the most effective operation in terms of loss of weight, but that it causes more complications.

The responses given by patients on self-completed questionnaires allowed us to confirm that they experience disorders of depression and anxiety. However, no element of pathological personality was revealed and, on the whole, the quality of life of these patients is satisfactory.

According to these facts, we were able to establish links between obesity and psychopathological disorders. Paradoxically, we noticed that the worse the obesity became, the less the patients suffered from anxiety and depression, and the more their quality of life improved. Moreover, only the gastro-oesophageal reflux would be likely to have a negative influence on their quality of life.

DONNEES PSYCHOPATHOLOGIQUES ET RESULTATS CHIRURGICAUX A UN MOIS : ETUDE TRANSVERSALE A PROPOS DE 100 PATIENTS OBESES CANDIDATS A LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

De février 2003 à janvier 2005, nous avons étudié 100 patients souffrant d'obésité, candidats à la chirurgie bariatrique, afin d'évaluer leur profil psychopathologique et leur qualité de vie.

Cette population, très largement féminine et jeune (42 ans en moyenne), souffre d'obésité morbide dans 71% des cas. La moitié des patients souffre de comorbidités et ont des antécédents psychiatriques.
Leur obésité débute la plupart du temps à l'âge adulte et à la suite d'événements de vie notamment lors des grossesses.

En ce qui concerne la chirurgie de l'obésité, le choix du type d'intervention s'est fait majoritairement pour l'anneau gastrique et leur motivation a été pour les trois quarts d'ordre psychoaffective. Le suivi des patients à un mois nous a permis de montrer que le bypass est l'intervention la plus efficace en terme de perte de poids mais qu'elle a plus de complications.

Les différentes échelles proposées aux patients sous forme d'auto-questionnaires ont permis de confirmer l'existence de troubles dépressifs et anxieux. Par contre, aucune dimension de personnalité pathologique ne se dégage et leur qualité de vie est dans l'ensemble satisfaisante.

A partir de ces données, nous avons pu déterminer des liens entre l'obésité et les troubles psychopathologiques. Paradoxalement, nous avons constaté que plus l'obésité s'aggravait, moins les patients souffraient d'anxiété et de dépression et plus la qualité de vie s'améliorait. De plus, il n'y aurait que le reflux gastro-oesophagien qui influencerait défavorablement leur qualité de vie.

MEDECINE GENERALE

MOTS CLES : obésité morbide, chirurgie bariatrique, psychopathologie, qualité de vie

KEY WORDS : morbid obesity, bariatric surgery, psychopathology, quality of life

Département de psychiatrie
Centre Hospitalier Esquirol – 15, rue Docteur Raymond Marcland -87025 LIMOGES