



HAL
open science

Impact de la chirurgie bariatrique sur la dépression, l'estime de soi et la qualité de vie sexuelle des femmes

Vanessa Te

► To cite this version:

Vanessa Te. Impact de la chirurgie bariatrique sur la dépression, l'estime de soi et la qualité de vie sexuelle des femmes . Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01447240

HAL Id: dumas-01447240

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01447240>

Submitted on 26 Jan 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

**IMPACT DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE SUR LA
DEPRESSION, L'ESTIME DE SOI ET LA QUALITE DE VIE
SEXUELLE DES FEMMES**

THESE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Nice

Le 20 Octobre 2016

Par

TE Vanessa

Née le 23 Août 1987 à Cagnes-sur-Mer

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Michel BENOIT
Monsieur le Professeur Christian PRADIER
Monsieur le Professeur Antonio IANNELLI
Monsieur le Docteur Rodolphe ANTY
Madame le Docteur Carol BURTE
Monsieur le Docteur Faredj CHERIKH

Président du Jury
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Membre supplémentaire
Directeur de thèse

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelise
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. HARTER Michel
M. BALAS Daniel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BATT Michel	M. JOURDAN Jacques
M. BLAIVE Bruno	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOQUET Patrice	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CAMOUS Jean-Pierre	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CANIVET Bertrand	M. LOUBIERE Robert
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. OLLIER Amédée
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GÉRARD Jean-Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GILLET Jean-Yves	M. ZIEGLER Gérard
M. GRELLIER Patrick	
M. GRIMAUD Dominique	

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

Mme ROSE Patricia Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
M DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
M FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI barbara Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale
M. GONZALEZ Jean-François Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M. PAPA Michel Médecine Générale
M. WELLS Michael Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc Médecine Générale
Mme CASTA Céline Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François Médecine Interne
M. BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick Coordination prélèvements d'organes
M. ODIN Guillaume Chirurgie maxilo-faciale
M. PEYRADE Frédéric Onco-Hématologie
M. PICCARD Bertrand Psychiatrie
M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

Table des matières

INTRODUCTION	12
CONTEXTE DE L'ETUDE : L'OBESITE	13
GENERALITES, CAUSES ET CONSEQUENCES	13
Chiffres	13
Déterminants et causes d'obésité (Basdevant et al., 2006)	14
Risques et maladies associées	16
Evolution, problème santé publique	19
ASPECTS PSYCHO PATHOLOGIQUES DE L'OBESITE	19
Modèles psycho dynamiques explicatifs	20
Troubles des conduites alimentaires	24
Image corporelle	26
Estime de soi	27
MOTIVATIONS A MAIGRIR	30
Intrinsèques	30
Extrinsèques	31
OBESITE ET SEXUALITE DES FEMMES	33
Généralités	33
La sexualité chez la personne obèse	34
PRISE EN CHARGE MEDICALE DE L'OBESITE	36
Règles hygiéno-diététiques	36
Traitements médicamenteux	39
Education thérapeutique du patient (Ziegler et al. 2014)	40
LA CHIRURGIE BARIATRIQUE	44
En quelques chiffres	44
Parcours de soins du candidat à la chirurgie bariatrique (HAS)	45
Conditions d'éligibilité (HAS)	45
Contre-indications	47
Evaluation médico-chirurgicale pré opératoire	47
Objectifs de l'évaluation psychologique ou psychiatrique	47
Prise de décision : la réunion de concertation pluri-disciplinaire	48
Suivi post opératoire	48
Technique: Gastroplastie par anneau ajustable	49
Technique : Gastrectomie longitudinale (ou sleeve)	50
Technique : gastric bypass	52
Résultats attendus	54
PREAMBULE	56
DEROULEMENT DE L'ETUDE	57

POPULATION DE L'ETUDE	57
Groupe des patientes	57
Groupe des témoins	58
MOYENS D'EVALUATION	59
Méthodes	59
Statistiques	60
RESULTATS	61
Caractéristiques du groupe patientes et témoins	62
Comparaison des scores témoins/patientes pré opératoire	62
Comparaison des scores d'évaluation (Beck, Rosenberg et FSFI) selon les paramètres qualitatifs chez les témoins	63
Comparaison de l'IMC et des scores d'évaluation (Beck, Rosenberg et FSFI) selon les paramètres qualitatifs chez les patientes	63
Résultats concernant la qualité de vie sexuelle (FSFI)	64
Résultats concernant la dépression (Beck)	69
Résultats concernant l'estime de soi (Rosenberg)	70
Tableau récapitulatif de l'évolution des scores	70
Etude de corrélation entre les différents scores chez les témoins	71
Etude de corrélation entre les différents scores chez les patientes	73
DISCUSSION	79
Intérêts	79
Synthèse des résultats	79
Mise en perspective avec les travaux antérieurs	80
Analyse des limites de l'étude	82
Perspectives de l'étude	83
CONCLUSION	84
ABREVIATIONS	86
ANNEXES	87
BIBLIOGRAPHIE	96
SERMENT D'HYPOCRATE	106

INTRODUCTION

Je me suis intéressée à un sujet de santé publique de plus en plus d'actualité, je parle de l'obésité. En effet l'étude Obepi 2012 a révélé que l'obésité concernait 15% de la population contre 6,1% en 1980. Elle a également montré que malgré une tendance à la stabilisation plus de 500 000 personnes ont un IMC > 40 et que les femmes sont globalement plus touchées que les hommes. Les femmes sont également plus sensibles à la pression sociale et les dictats de la minceur comme le montre l'abondance des méthodes miracles d'amincissement adressées à celle-ci. C'est pour cette raison que j'ai choisi d'étudier les femmes atteintes d'obésité morbide. Où est l'originalité ? Alors que les aspects nutritionnels, endocriniens et les comorbidités ont été bien décrits, la qualité de vie et notamment la santé sexuelle ont été mises de côté alors qu'elles représentent un facteur de risque d'état dépressif et/ou de stress eux même responsables de prise de poids. Il va donc être question d'évaluer à la fois la qualité de vie sexuelle mais aussi d'autres composantes incontournables que sont l'estime de soi et l'humeur. L'accroissement entre autre des régimes remplis de promesse favorise le phénomène bien connu du « yoyo » et aboutit à des situations de plus en plus graves poussant les gens à s'orienter vers des méthodes plus radicales comme la chirurgie bariatrique une fois le point de non retour atteint. En effet cette méthode est de plus en plus utilisée avec une multiplication par 7 des opérations de 1996 à 2006. Elle permet d'apporter des résultats rapides, importants (environ moins 33% à deux ans) et surtout durables. La perte importante de poids va considérablement modifier l'image du corps et la vitesse à laquelle celle-ci va changer n'est pas naturelle. C'est pourquoi j'ai souhaité évaluer l'avant / après opération à l'aide de 3 auto questionnaires validés. Ces résultats seront comparés à ceux d'un groupe témoin afin de mettre en lumière d'éventuels points communs.

CONTEXTE DE L'ETUDE : L'OBESITE

GENERALITES, CAUSES ET CONSEQUENCES

Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : "L'obésité est définie comme un excès de masse grasse qui entraîne des conséquences néfastes pour la santé". Il s'agit de la 1^{ère} épidémie mondiale.

C'est une maladie chronique et évolutive aboutissant à une pathologie d'organe car il existe différents stades de mécanismes physiopathologiques différents avec à terme de profonds remaniements anatomiques, biologiques et fonctionnels altérant le dialogue du tissu adipeux avec le reste de l'organisme.(Basdevant et al., 2006)

	IMC en Kg/m ²
Maigreur	< 18,5
Poids normal	18,5 - 24,9
Surpoids	25 - 29,9
Obésité classe I	30 - 34,9
Obésité classe II (sévère)	35 - 39,9
Obésité classe III (massive)	≥ 40

Chiffres

Selon les résultats de l'enquête nationale ObEpi-Roche en 2012, 32,3% des Français adultes de 18 ans et plus sont en surpoids et 15% présentent une obésité (IMC ≥ 30 kg/m²).

En 2012, comme depuis 2003, la prévalence de l'obésité est plus élevée chez les femmes (15,7% versus hommes : 14,3% ; p<0.01)

La prévalence de l'obésité a triplé depuis les années 1980 dans de nombreux pays européens membres de l'OMS.

En 2008, l'OMS estimait à 1,4 milliards d'adultes, âgés de 20 ans ou plus, les personnes ayant un excès de poids, dont 500 millions étaient obèses (environ 200 millions d'hommes et 300 millions de femmes) (Frühbeck et al. 2013)

Gènes et environnement :

La génétique intervient comme facteur de susceptibilité. L'interaction entre gènes et environnement a été mise en évidence par les études de suralimentation sur des jumeaux, en effet des sujets ont été soumis à une même suralimentation pendant 3 mois, certains gagneront 2kg et d'autres 10 kg, cependant la prise de poids entre jumeaux homozygotes sera corrélée (Bouchard et al., 1990). Certains gènes « d'épargne » prédisposeraient certains individus à une meilleure efficacité métabolique, à une capacité de stockage particulière en cas d'excès d'apport ou défaut de dépenses énergétiques. Mais la génétique ne peut expliquer à elle seule la spectaculaire progression de la prévalence de l'obésité.

Excès d'apports énergétiques :

L'apport d'énergie résulte d'un grand nombre de déterminants tels que stimuli sensoriels, disponibilité des aliments, habitudes familiales et culturelles, troubles du comportement alimentaire...

On distingue l'excès d'apport prandiale (hyperphagie secondaire aux habitudes familiales ou culturelles, convivialité ou contexte professionnel) ou celui dû aux prises alimentaires extra-prandiales (grignotages, prise alimentaire nocturne...).

L'impulsivité alimentaire joue un rôle dans les prises alimentaires extra prandiales et peut résulter de multiples déterminants (troubles de l'humeur, prise médicamenteuse, variations hormonales, lésions hypothalamiques). Elle peut être due à la restriction cognitive dans un contexte de régimes répétés.

A noter également, l'implication des facteurs externes tels que l'augmentation des portions, de la densité calorique de l'alimentation, la disponibilité alimentaire, l'évolution des habitudes familiales et professionnelles...

Système bio psychologique de contrôle de la prise alimentaire :

Il existe un ensemble neuro hormonal permettant la transmission d'informations sur la situation digestive, sur le niveau de réserve énergétique et globalement sur la situation nutritionnelle. De nombreux signaux (hormonaux, métaboliques et nerveux) sont adressés à partir des tissus périphériques vers les organes centraux notamment le cerveau, le tout à visée homéostatique.

A ce système se surimposent des facteurs psychologiques et sociaux faisant appel à la mémoire, au plaisir et à beaucoup d'autres domaines.

L'équilibre des réserves énergétiques est maintenu par des voies anaboliques qui stimulent les conduites alimentaires, diminuent la dépense énergétique et favorisent le stockage de triglycérides (impliquant le neuropeptide Y, l'Agoutirelated protein, le Mélanin-concentrating Hormon) et cataboliques qui ont l'effet inverse (impliquant la mélanocortine, sérotonine, catécholamine β et leptine) (Cone et al., 2005)

Ces voies effectrices émergent de structures centrales situées dans l'hypothalamus : le noyau para ventriculaire, le noyau arqué, le noyau ventro médian et le noyau dorso médian.

Dans l'hypothalamus latéral, le système hypocrétine/orexine est un puissant stimulateur de la prise alimentaire et de l'éveil. Le système de récompense au niveau du noyau accumbens où intervient la dopamine, est impliqué dans les prises alimentaires induites par autostimulation.

Insuffisance des dépenses énergétiques :

C'est la sédentarité qui joue un rôle central dans le déséquilibre du bilan énergétique (Vandewater et al., 2004) mais aussi l'insuffisance des dépenses de repos et leur faible adaptation à l'environnement. Le développement de l'obésité est parallèle à la diminution de l'activité physique et au style de vie sédentaire.

Anomalies cellulaires du tissu adipeux :

Le tissu adipeux est constitué : un tiers d'adipocytes matures (qui contiennent de grandes quantités de triglycérides), des adipocytes de très petite taille, des précurseurs adipocytaires, des cellules endothéliales, des vaisseaux, des nerfs, des ganglions et un tissu de soutien. C'est le principal réservoir d'énergie mobilisable de l'organisme. C'est également un système de protection mécanique et thermique aux rôles endocrine et paracrine (sécrètent notamment la leptine, hormone de la satiété).

L'augmentation de la masse grasse résulte d'une augmentation de la taille des adipocytes par accumulation de triglycérides (hypertrophie) puis une fois la « taille critique » atteinte l'adipocyte recrute un nouveau pré-adipocyte (hyperplasie). Cette séquence d'adipogénèse est dépendante de multiples facteurs cellulaires et moléculaires. Une fois différenciées, les cellules ne retournent pas au stade de précurseurs, ce phénomène est irréversible et peuvent expliquer l'incapacité à retourner à un état de masse grasse antérieure.

Déterminants psychologiques :

De nombreux facteurs psychologiques peuvent jouer un rôle dans la genèse de certains comportements à l'origine de l'obésité tels que : identification de l'autre et de soi, le contrôle des pulsions, la tolérance à la frustration, la mentalisation ou la capacité de mise à distance entre besoin et satisfaction du besoin.

Des processus décisifs se jouent autour de l'acte alimentaire dans le développement de l'enfant essentiellement. C'est le moyen primaire de communication et ce qui va permettre l'acquisition de capacités d'identification des besoins. A travers la réponse adaptée ou non

de la mère aux sensations de faim/satiété, l'enfant sera capable de distinguer ces sensations des autres besoins ou tensions.

Le comportement alimentaire est très sensible aux émotions et au stress, en effet l'anxiété et/ou la dépression peuvent entraîner des impulsions alimentaires.

Société et environnement :

Les bouleversements du système alimentaire ne favorisent pas une adaptation nutritionnellement correcte des modes alimentaires. Tous les maillons de la chaîne alimentaire sont touchés. La production dépasse largement les besoins, la transformation implique une augmentation de la densité calorique afin d'en augmenter la conservation, la palatabilité et l'accessibilité, la distribution entraîne une déstructuration des rythmes alimentaires, l'acquisition se fait de plus en plus hors habitation, la préparation est limitée à l'adjonction d'autres calories et enfin la consommation tend à échapper aux apprentissages et conditionnement.

En plus de l'évolution des modes de vie alimentaire s'ajoute la réduction globale des dépenses énergétiques. A la fois par un développement des activités dans des lieux circonscrits équipés pour réduire le travail d'adaptation à l'environnement (distance, température...) mais aussi par la consommation passive d'activité de loisirs (télévision, cinéma, ordinateur...).

Risques et maladies associées

Diminution de l'espérance de vie, mortalité :

La réduction de l'espérance de vie directement liée à l'obésité a été prouvée, entre autre dans une méta-analyse de 19 études prospectives (1,46 millions d'individus au total) ajustées sur l'âge, le niveau d'étude, l'activité physique, la consommation d'alcool et de tabac, l'éducation et l'état matrimonial. (Berrington de Gonzalez et al., 2010). Une revue de la littérature sur la mortalité liée à l'obésité est arrivée aux mêmes conclusions pour les obésités de grade II et III. (Flegal et al., 2013)

Diabète :

Il s'agit du diabète de type 2 encore appelé "diabète gras". L'obésité augmente de façon très importante le risque de diabète de type 2. L'organisme devient d'abord résistant à l'insuline. Malgré l'augmentation de sécrétion d'insuline par le pancréas, le taux de glucose dans le sang reste élevé car l'organisme n'arrive pas à le métaboliser.

Après un certain temps, le pancréas n'arrive plus à sécréter et le diabète devient insulino-requérant, ce qui nécessite de faire des injections régulières d'insuline. Le diabète provoque lui-même de nombreuses complications à long terme.

Il a été démontré récemment que certaines interventions de chirurgie bariatrique avaient une action puissante sur le diabète, permettant souvent d'arrêter les traitements, surtout si la maladie est prise à temps (Buchwald et al., 2013)

Hypertension, complications cardio-vasculaires :

L'excès de poids nécessite d'augmenter la pression artérielle pour vasculariser tous les organes. L'hypertension endommage le cœur, les vaisseaux notamment ceux du cerveau et des reins.

Selon une méta-analyse publiée en 2009, l'incidence de coronaropathie chez les sujets obèses comparés aux sujets de corpulence normale (IMC < 25 kg/m²), a été estimée à 1,7 chez les hommes et 3,1 chez les femmes. (Guh et al., 2009)

Elle retrouve un risque relatif d'accident vasculaire cérébral de 1,5 chez les sujets obèses comparés aux sujets de corpulence normale.

De même, le risque relatif de développer une hypertension artérielle chez les sujets obèses comparés aux sujets de corpulence normale a été estimé à 1,8 chez les hommes et 2,4 chez les femmes.

La dyslipidémie a bien été décrite (Denke et al., 1993) par excès de production ou un défaut de catabolisme des lipoprotéines riches en triglycérides.

Complications articulaires :

Les articulations ne peuvent pas supporter durablement des excès de poids et s'usent plus rapidement en cas d'obésité, provoquant de l'arthrose et des douleurs péri articulaires type tendinites, talalgies plantaires.

Complications broncho-pulmonaires :

Elles comprennent des altérations de la mécanique ventilatoire, un syndrome restrictif et des modifications des échanges gazeux avec pour conséquence principale le syndrome d'apnée du sommeil qui se manifeste par des apnées, une hypersomnolence diurne, des céphalées et une ronchopathie. Il s'agit d'une complication très grave de l'obésité ou pendant le sommeil, les voies respiratoires se ferment par hypotonie musculaire et la respiration s'arrête momentanément pouvant entraîner la mort.

La prévalence du Syndrome d'Apnée du Sommeil au cours de l'obésité est de 32 % et atteint 60 % en cas d'obésité massive. (Young et al., 2002)

Lithiase vésiculaire :

La lithiase vésiculaire est beaucoup plus fréquente chez les sujets obèses que chez les sujets de poids normal, en particulier dans le sexe féminin. Plus d'un tiers des cholécystectomies ont été réalisées chez des femmes obèses (IMC > 29 kg/m²) dans l'étude NHS.

L'incidence de la lithiase biliaire cumulée de 16 à 65 ans est de 13,5 %, elle est dans la population obèse de 38,5 % pour Deitel et al. (1987) et de 21 % pour Brandao de Oliveira et al. (2014).

Les mécanismes en cause sont une augmentation de la lithogénicité de la bile et une diminution de la motilité de la vésicule biliaire.

Augmentation du risque de certains cancers :

L'incidence de nombreux cancers est augmentée chez les sujets obèses, au premier rang desquels les cancers hormonodépendants (chez la femme : endomètre, ovaire et sein après la ménopause ; chez l'homme : prostate) et les cancers digestifs (côlon-rectum, œsophage, estomac). (Guh et al., 2009)

Les anomalies hormonales associées à l'obésité androïde et l'excès de production d'estrogènes par conversion des androgènes dans le tissu adipeux favorisent le développement des cancers hormonodépendants.

Reflux acide :

L'élévation de la pression intra-abdominale chez les obèses provoque une hernie hiatale et un reflux gastrique.

Dépression :

La dépression et les troubles anxieux sont des conséquences des douleurs chroniques, des échecs des régimes, d'une mauvaise image de soi induite par le surpoids. (Khadraoui et al., 2012). Dans de nombreuses études, des pourcentages élevés de troubles thymiques et/ou anxieux au sein de leur cohorte ont été retrouvés par rapport à la population générale, particulièrement chez les femmes. (Onyike et al., 2003)

En 2000, Carpenter et al., ont montré qu'un IMC élevé était associé à un risque accru d'idéation suicidaire chez la femme. Peu de temps après, c'est l'étude de Dong et al., (2006) qui révélait que le risque de faire une tentative de suicide pour une personne avec un IMC entre 40 kg/m² et 49,9 kg/m² est 87 % plus élevé que dans la population générale.

Tindle et Omalu en 2010 se sont intéressés au risque de suicide après les interventions de chirurgie bariatrique en Pennsylvanie; ils ont pu mettre en évidence un excès de suicides chez les patients obèses morbides traités par chirurgie bariatrique; en effet, ces auteurs ont récemment publié les résultats d'une étude rétrospective sur 9 ans de suivis postopératoires de sujets obèses opérés. Sur 16683 patients suivis sur cette durée, 31 se sont suicidés, 30% dans les deux ans après l'opération, 70% dans les trois ans; soit une incidence de 6,6 suicides pour 10 000 personnes par an, ce taux est largement supérieur à celui observé dans la population générale en 2007 (10,95 suicides pour 100000 personnes).

Stérilité et troubles des règles :

Chez la femme, l'hypofertilité liée à l'obésité est souvent en rapport avec une anovulation dans le cadre d'un syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). L'obésité influence l'hyperandrogénie par de différents mécanismes : une hyperinsulinémie compensatoire d'une insulino-résistance, une diminution de la sex hormone-binding globulin (SHBG) responsable d'une augmentation de la fraction libre d'androgènes, un effet direct de la leptine sur la fonction ovarienne, un rôle potentiel du système endocannabinoïde. (Pasquali et al., 2006)

L'hypofertilité ne serait pas due uniquement à l'anovulation, en effet selon étude Shah et al. En 2011 sur des femmes en démarche de fécondation in vitro, L'obésité était associée à moins d'ovocytes fécondés normalement, les taux d'œstradiol inférieurs et le taux de grossesse plus faible. Il y aurait donc une altération de la qualité des ovocytes en dehors d'une pathologie comme le SOPK.

Evolution, problème santé publique

Les nombreuses complications liées à l'obésité, nécessitant une prise en charge multidisciplinaire longue et importante, mais aussi potentiellement mortelle, en font un problème de santé publique majeur. Selon l'OMS, l'obésité serait responsable en moyenne au niveau Européen de 6% des dépenses de santé et de 10 à 13% des décès.

Et l'évolution dans une société de plus en plus soumise à l'industrialisation aggrave le problème. Les personnes doivent se positionner entre abondance alimentaire industrielle et dictat de la minceur véhiculée par les médias.

57 500 000 résultats sur Google pour le mot « régime », ce qui montre l'intérêt (ou l'inquiétude) des gens pour ce sujet.

ASPECTS PSYCHO PATHOLOGIQUES DE L'OBESITE

Malgré de nombreuses études à la recherche d'une « personnalité spécifique de l'obésité » dans les années 1960 à 1980, peu de résultats sont interprétables. En effet, pour la plupart réalisées dans des centres spécialisés ou chez des postulants à la chirurgie bariatrique, elles ne sont pas représentatives de l'ensemble des obèses (Hutzler et al., 1981 ; masling et al., 1967).

Puis en 1985 Thomas Wadden et Jules Stunkard, après une revue de la littérature sur le sujet concluaient à l'absence d'éléments en faveur d'une psychopathologie spécifique de l'obésité (Stunkard et Wadden, 1985). Il n'y a donc pas une « fiche d'identité » de la personne obèse et même si aucune personnalité type n'a pu être mise en évidence, des modèles explicatifs ont été développés.

Modèles psycho dynamiques explicatifs

Théories psychanalytiques

Une des hypothèses au sujet de l'origine psychologique de l'obésité est directement tirée des théories psychanalytiques de Freud. En effet, il y aurait chez les obèses un conflit intra psychique particulier et/ou une fixation à la phase orale du développement psychogénétique (Freud, trois essais sur la théorie de la sexualité 1905, 1962) qui entraîneraient une hyperphagie dont le but serait la quête de satisfactions régressives. La nourriture étant symboliquement associée à l'amour maternel des premiers mois, elle serait inconsciemment recherchée pour éviter les frustrations et conflits du quotidien.

Hild Bruch, pédiatre psychanalyste considère l'obésité comme « le signe d'une mauvaise adaptation qui peut constituer une défense contre un risque plus grave et représente un essai d'adaptation devant une situation donnée » (Bruch, 1941). Elle décrit 2 types d'obésités avec des mécanismes de constitution différents :

- L'obésité réactionnelle avec hyperphagie compensatrice, généralement en réponse à un traumatisme émotionnel (décès, abandon, jalousie, séparation ou expérience traumatique de la faim). L'hyperphagie associée protégerait le sujet contre une décompensation dépressive ou psychotique. Plus fréquente chez l'adulte.
- L'obésité de développement et confusion des affects, se définit par une incapacité à identifier correctement le besoin physiologique de manger (faim, satiété) par défaut d'apprentissage au cours des interactions avec la mère dans les premiers mois de vie. Cela aboutirait à des prises alimentaires inadaptées en réponse à des demandes d'origine émotionnelle. Elle serait plus répandue chez l'enfant.

Théories psycho somatiques

L'alexithymie a été développée par Nemiah et Sifneos dans les années 1970 (Sifneos, 1973, 1974 et 1975) à partir de l'étude de patients avec des maladies psychosomatiques.

Son étymologie signifie « absence de mots pour exprimer ses émotions ».

C'est un ensemble de capacités cognitives et affectives défini par :

- Une incapacité à exprimer verbalement les émotions ou sentiments ;
- Une limitation de la vie imaginaire ;
- Une tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre des conflits ;

- Une description détaillée de faits, évènements et symptômes physiques.

En France, Taylor & Durieux (1990) vont dans le même sens. Ils ont suggéré de définir l'alexithymie à partir de quatre axes : d'une part des composantes émotionnelles centrées sur des déficits dans la reconnaissance ou l'identification des émotions, d'autre part des composantes cognitives centrées sur les déficits de la rêverie et sur l'utilisation d'un mode de pensée concret non introspectif.

L'alexithymie n'est mentionnée ni dans le CIM 10, ni dans le DSM IV, que ce soit comme entité isolée ou comme trait d'un type de personnalité car il n'a pas un statut théorique et clinique clairement défini mais plusieurs études mettent en évidence un lien entre obésité et alexithymie. (Clerici et al., 1992, Legorreta et al. 1998)

Un autre concept proche de l'alexithymie est celui de pensée opératoire que l'on doit à Marty et de M'Uzan (1963). Ils pointent quatre aspects majeurs recouvrant ceux de l'alexithymie :

- Difficultés à pouvoir communiquer ses sentiments à autrui ;
- Incapacité d'identifier ses sentiments et de pouvoir les distinguer des sensations corporelles ;
- Pauvreté de la vie imaginaire ;
- Pensée tournée vers l'extérieur (pensée concrète) et non vers l'intérieur.

L'alexithymie anglo-saxonne et la pensée opératoire française ont des conceptualisations finalement assez voisines.

En ce qui concerne leur étiologie les modèles divergent mais il semble tout de même prédominer une origine en lien avec les avatars précoces du maternage. (Marty et al. 1991). La psychanalyse anglo-saxonne avec P. Fonagy (1997, 2004) semble avoir une position similaire. Pour lui « la mère doit exercer une fonction de moi auxiliaire pour aider le nourrisson en état de tension somato-psychique à identifier ses émotions et celles des autres. Elle doit les mettre en mots à sa place et lui renvoyer en miroir tout en exerçant une action apaisante (fonction de pare-excitation) chaque fois que son bébé est confronté à un éprouvé qu'il ne peut intégrer ». « C'est un peu comme si la capacité de ressentir et d'intégrer ses propres éprouvés pour l'enfant impliquait un préalable qui serait le fait que la mère ait pu les « tamiser », en diminuer la charge, en les faisant d'abord passer par le prisme de son propre psychisme pour les lui communiquer. » (De Tichey, 2010)

Selon Marty ces « avatars précoces du maternage », qui vont potentiellement provoqués des déficits structurés du fonctionnement à la fois qualitatif et quantitatif, seraient difficilement réversible.

Selon Corcos (2003), le modèle semble différent, ce fonctionnement psychique défensif déficitaire permet un verrouillage des affects en cas de confrontation à des situations traumatisantes.

Pour Michèle Montreuil (1991), elle « représenterait un mécanisme homéostatique permettant une fonction d'adaptation face à une situation d'adversité ».

En 1977 Freyberger et al., parlent de l'existence de 2 formes d'alexithymie :

- L'alexithymie-trait ou primaire, stable dans le temps pouvant se compliquer de troubles dépressifs. Elle a une dimension structurelle ;
- L'alexithymie-état, qui serait transitoire, contemporaine voire secondaire à des maladies organiques, traumatismes ou états dépressifs.

C'est l'échelle d'alexithymie TAS 20 de Toronto (Bagby et al. 1994) qui a fait l'objet plus de recherches pour permettre d'évaluer l'alexithymie. C'est un auto questionnaire qui a pu être validé en français. Mais l'analyse factorielle de la version française de la T.A.S. 20 ne fait ressortir que deux facteurs conjuguant les deux premiers de la version anglo-saxonne : "Difficulté à identifier et décrire les émotions", "Pensée orientée vers l'extérieur", ce qui semble être un peu réducteur.

Des chercheurs hollandais ont proposé à partir de 1994 (Bermond et al. 1994, Berthoz 2000, Kashimura et al., 2011) une échelle appelée le Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (B.V.A.Q.) qui se compose de 40 items se répartissant en deux formes abrégées (B.V.A.Q.a) et (B.V.A.Q.b). Une validation française de l'échelle a été réalisée récemment par Sylvie Berthoz (2000) sur un échantillon de 433 sujets étudiants. L'analyse factorielle extrait cinq facteurs : "Difficulté à verbaliser les émotions", "Vie imaginaire appauvrie", "Difficulté à différencier les états émotionnels", "Faible réactivité émotionnelle", "Pensée opératoire". Les qualités métriques de l'échelle sont satisfaisantes et dépassent celles de la T.A.S. 20, à laquelle elle reste pourtant bien corrélée. Mais d'autres analyses de validation restent à entreprendre sur des populations différentes en âge, en niveau culturel et en pathologie.

Actuellement c'est la TAS 20 qui est le plus utilisé pour cette évaluation.

Théories comportementales

Théorie de l'externalité par Schachter (1968), qui suppose que certains sujets seraient à la fois plus sensibles aux stimuli provenant du monde extérieur et moins sensibles à ceux de leur organisme.

Dans cette théorie, Schachter suggère que l'acte alimentaire est déclenché par des stimuli externes tels que la vue, l'odorat ou l'accessibilité à des aliments chez la personne obèse et qu'il n'est pas influencé par les signaux physiologiques internes (faim, satiété...). Cette

théorie se focalise essentiellement sur l'environnement alimentaire considéré comme déterminant essentiel du comportement alimentaire.

Lors de la mise en situation dans un environnement pauvre en aliments tentants, avec un cadre social précis soumis à des habitudes et des règles, la personne « externe » ne rencontrerait pas de difficultés.

L'externalité, plutôt qu'un état, serait à considérer comme un facteur favorisant de la prise alimentaire, mais le sujet obèse ne peut être réduit à ce comportement.

La restriction cognitive (Apfeldorfer, 1996)

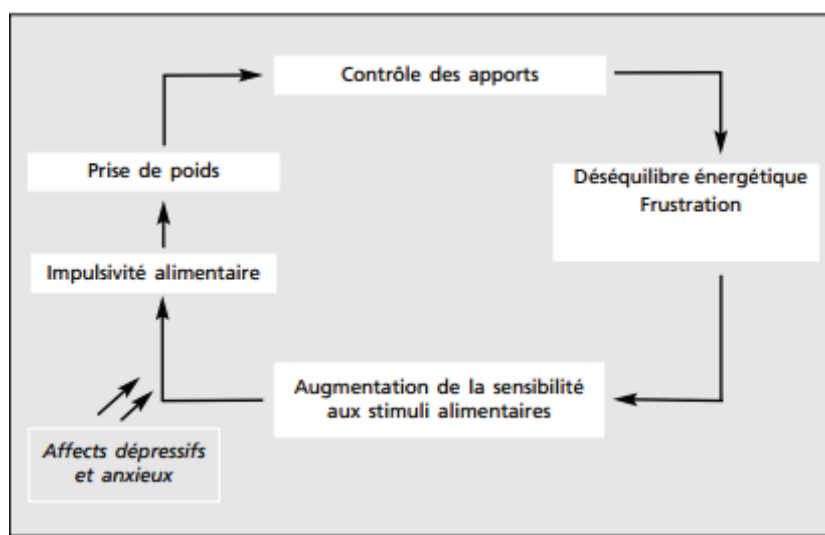
Désignée par certains auteurs comme pattern alimentaire responsable de l'hyperphagie, la restriction cognitive se définit par une tentative (réussie ou non) de diminuer sa ration alimentaire pour atteindre un poids inférieur à celui actuel (Le Barzic, 2010). La réduction calorique effective n'est pas nécessaire, « l'intention de » manger moins pour peser moins suffit pour créer cet état de restriction. Ce désir sous-entend un rejet de sa propre apparence et du Soi en réponse aux normes sociales de minceur. Cet effort de limitation peut entraîner une obsession alimentaire génératrice d'insécurité et altère l'estime de soi.

Ces comportements ont été mis en évidence d'abord chez les obèses puis chez les non obèses (Herman et al. 1980), ce n'est donc pas un comportement spécifique de l'obésité.

La restriction cognitive est composée d'une alternance de 2 phases :

- La phase d'inhibition caractérisée par un hyper contrôle pendant laquelle dans un premier temps le sujet obéit consciemment à des règles devant lui permettre de contrôler son poids (venant des professionnels de santé ou médias) au détriment de ses sensations alimentaires (faim, satiété) et maîtrise son comportement alimentaire. Dans un deuxième temps, les émotions induites par les cognitions et les processus cognitifs incitent le mangeur à organiser son comportement alimentaire autour de la peur de manquer (il finit par manger pour se rassurer), du couple frustration-culpabilité (dérégulateur puissant des mécanismes physiologiques) et du trouble du réconfort (incapacité à trouver du réconfort en mangeant entraînant une consommation excessive)
- La phase de désinhibition caractérisée par une perte de contrôle sous forme de compulsions, hyperphagie ou crises boulimiques pouvant être déclenchées par tout événements de vie entraînant une rupture de l'équilibre psychologique (l'exposition à des aliments interdits, fatigue, prise d'alcool ou médicaments, émotions...)

Quand le contrôle cognitif volontaire des apports est perturbé (court circuitage des signaux faims et satiété) le sujet devient hypersensible à des signaux internes émotionnelles ou à des stimuli externes (caractéristiques des aliments) avec pour conséquence finale une augmentation des apports lorsque celui-ci est anxieux ou déprimé par exemple.



La mise en échec répétée des sujets en restriction cognitive et l'attribution de cette responsabilité porte atteinte à l'estime de soi et la confiance en soi.

Ces aspects psychopathologiques aboutissent à des troubles des conduites alimentaires.

Troubles des conduites alimentaires

Hyperphagie prandiale

Elle correspond à une augmentation des apports caloriques au moment des repas.

Grignotage

Correspond à la consommation répétitive et sans faim de petites quantités d'aliments en dehors des repas.

Noctophagie (night rating syndrome)

Correspond à une hyperphagie extra prandiale nocturne où le sujet se lève la nuit pour manger. Elle peut être associée à une anorexie diurne évoquant un trouble du rythme circadien. (Stunkard et al., 2005)

Elle serait souvent associée à l'obésité. (O'Reardon et al., 2005)

Binge eating disorder

Définit selon le DSM V :

- A. Épisodes récurrents de crises de boulimie ("binge eating"). Un épisode est caractérisé par les deux éléments suivants:
 - 1) Absorption, en une période de temps limitée (par exemple, en 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens mangeraient dans une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances;
 - 2) Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant l'épisode (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou en quelle quantité).

- B. Les épisodes de boulimie sont associés à 3 des caractéristiques suivantes (ou plus) :
- 1) Manger beaucoup plus rapidement que la normale
 - 2) Manger jusqu'à se sentir inconfortablement plein
 - 3) Manger de grandes quantités de nourriture sans ressentir la faim physiquement
 - 4) Manger seul parce qu'on se sent gêné par la quantité de nourriture que l'on absorbe
 - 5) se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé.

C. Le comportement boulimique est la source d'une souffrance marquée.

D. Le comportement boulimique survient, en moyenne, au moins une fois par semaine depuis 3 mois.

E. Le comportement boulimique n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie mentale et ne survient pas exclusivement au cours d'une boulimie mentale ou d'une anorexie mentale (« anorexia nervosa »).

La sévérité du trouble est basée sur la fréquence des épisodes:

- Trouble léger : 1-3 épisodes par semaine;
- Modéré : 4-7 épisodes par semaine;
- Sévère : 8-13 épisodes par semaine;
- Extrêmement sévère : 14 épisodes ou plus par semaine.

Ce trouble a d'abord été décrit par Stunkard chez des obèses puis chez des non obèses. Même si ces comportements existent dans la population générale ils sont plus fréquents chez les obèses. On retrouve en France, 2% de *binge* et 0.7% de *binge eating disorder* pour la population générale, 20.8% de *binge* et 8.9% de *binge eating disorder* dans les consultations spécialisées en médecine libérale et enfin 24.7% et 15.2% dans une consultation spécialisée à l'hôpital (Basedevant et al., 1995)

On retrouve à l'origine de cette restriction cognitive, un environnement social stigmatisant fait de préjugés et de discriminations. Lorsqu'il y avait pénurie, l'obésité était valorisée car représentait un signe extérieur de richesse. Aujourd'hui dans un monde d'industrialisation et d'abondance alimentaire, la nourriture tend à être vulgarisée. D'autant plus qu'elle devient une menace planétaire pour la santé.

L'expérience au quotidien et notre rapport aux autres sont véhiculés par notre corps, il semble indispensable de prendre en charge les dimensions collective et identitaire de l'alimentation régit par de vraies « prescriptions » sociales. Le corps ou plutôt la corpulence

est un caractère physique mêlant étroitement apparence et santé avec au centre l'alimentation.

Image corporelle

Selon Anzieu (1985) et Chabert l'image du corps peut se résumer ainsi « l'image du corps appartient au registre imaginaire et demande à être distinguée du schéma corporel, qui relève d'un registre sensori-moteur et cognitif. L'image du corps est inconsciente, sa base est affective ; le schéma corporel est préconscient, sa base est neurologique. Dans le premier cas, le corps est vécu comme le moyen premier de la relation à autrui ; dans le second cas, le corps sert d'instrument d'action dans l'espace et sur les objets »

Selon Bruchon-Schweitzer (1986) l'image du corps peut être considérée comme « l'ensemble des sentiments, attitudes, souvenirs et expériences, qu'un individu a accumulés à propos de son propre corps et qui se sont plus ou moins intégrés dans une perception globale »

Elle est le résultat d'une activité psychique des individus, face à divers déterminants biologiques (corps réel) ou sociaux (corps perçu par autrui) ; sa fonction est protectrice, stabilisatrice et donc évolutive.

Cette image inconsciente prend naissance très tôt dans le développement de l'enfant à travers l'investissement de différentes zones du corps par le sujet et son entourage. « C'est par l'action du corps sur le monde et la réaction du monde sur le corps que le soi et le non soi se séparent, que la réalité se différencie de l'imaginaire » (John Libbey, gastroplastie et modification corporelle)

La sensation d'identité qui se dégage de ces premières images de soi (à partir d'impressions et de sensations) va constituer la représentation de soi permettant au sujet de se reconnaître par rapport à lui-même et par rapport aux autres. L'estime de soi est l'aspect évaluatif de l'ensemble des représentations dont le sujet dispose à propos de lui-même. Tout cela n'est pas figé et va évoluer tout au long de la vie de l'individu en fonction des expériences vécues dans la relation à son corps et à autrui. Comme le souligne Marsden, Michel et Mormont (1999), il est donc légitime d'envisager que lorsque des modifications corporelles importantes se produisent (en ce qui nous concerne la perte de poids massive après chirurgie bariatrique) l'image du corps doit aussi se transformer.

Certaines études (Glucksman et Hirsch) ont pu mettre en évidence que certains obèses n'arrivent pas à se voir mince même après une perte de poids importante. Bacqué évoque même l'image d'un « gros corps fantôme » pour expliquer l'échec des tentatives de perte de poids comme un attachement inconscient du sujet au symptôme.

D'un point de vue théorique, pour Apfeldorfer, la perte de poids ne sera bénéfique et durable que si le sujet s'investit dans une reconstruction psychique parallèlement à son amaigrissement. Il distingue deux « étapes » psychologiques dans l'amaigrissement :

- Une première phase pouvant s'entrevoir comme un certain état d'euphorie, « le fait que l'on se sente capable de faire subir à son corps des transformations en profondeur, tant dans son aspect que dans sa structure, voire, plus tard, de le sculpter par l'effet du sport, contribue à entretenir l'euphorie et le sentiment de toute-puissance ». Cette première phase finira par se heurter à une réalité menant le sujet à un état de déception.
- Une deuxième phase de déception dans la mesure où le changement réel du corps n'atteindra pas l'image idéalisée qu'il s'était construite : « au fur et à mesure que l'obèse mincit, il se heurte au mur de la réalité. Le corps apparaît désormais tel qu'il est destiné à rester [...] L'amaigrissement est moins important qu'on le souhaitait ». Cette phase de déception peut se rapporter à un travail d'élaboration de la perte ou de deuil qui reste à accomplir. En effet, face à ce nouveau physique inconnu, la personne perd une partie d'elle-même qui était liée à son obésité. Cette déception, témoin d'un deuil à réaliser, ne sera dépassée que si une étape de reconquête et de réappropriation d'une identité se met en œuvre.

Estime de soi

Définition

C'est l'évaluation qu'un individu fait de sa propre valeur.

Elle comporte différents aspects :

- Comportementaux : l'estime de soi influence notre capacité à l'action et se nourrit des succès en retour.
- Cognitifs : elle dépend du regard que nous portons sur nous.
- Affectifs : elle dépend de notre humeur de base qu'elle influence en retour.

En effet la multiplicité de ses sources et ses manifestations en font un concept multi dimensionnel. Chez l'enfant par exemple, on pourrait identifier 5 dimensions (André, 2005) :

- La réussite scolaire
- L'aspect physique
- Les compétences athlétiques
- La popularité
- La conformité comportementale

Chaque dimension ne se distribue pas forcément de manière homogène, un enfant peut avoir une estime de lui-même élevé dans les domaines des compétences physiques et de la

popularité mais se juger négativement en matière de réussite scolaire. Ce qui est fondamental c'est l'importance attribuée à chaque dimension et cela dépend fortement du milieu dans lequel l'enfant évolue. Si il évolue dans un milieu où la réussite scolaire est valorisée et qu'il se juge négativement dans ce domaine, son estime de lui-même ne sera pas confortée même si les autres dimensions sont positives.

Chez l'adulte les dimensions sont similaires hormis éventuellement la réussite scolaire, à appréhender plutôt au niveau professionnel. Mais également les compétences athlétiques, importantes en cours de récréation, moins à l'âge adulte.

Elle ne peut donc s'envisager sans la référence au regard d'un groupe social.

Estime de soi et comparaison sociale

L'effet de la comparaison sociale sur l'estime de soi a été étudié notamment au travers d'une expérience décrite par Morse et al. En 1970. Des étudiants qui postulaient pour un boulot d'été remplissaient des supposés questionnaires de recrutement, pendant que l'on faisait rentrer dans la même pièce un autre pseudo-étudiant, venu lui aussi poser sa candidature. Ce comparse était tantôt un homme beau, bien vêtu, un livre de métaphysique sous le bras, tantôt un autre mal rasé, aux habits froissés, avec dans ses affaires un roman pornographique minable...

L'apparition de l'homme négligé permettait une envolée des résultats obtenus aux questionnaires d'estime de soi dissimulés dans les tests demandés aux vrais candidats, tandis que l'entrée de celui apprêté les faisait plutôt flancher.

Selon une étude de Leary et al. En 2001, ce qui semble important pour l'estime de soi c'est être apprécié plus qu'être dominant. L'estime de soi semble corrélée aux expériences subjectives d'approbation ou de rejet par les autres. Plus il pense être l'objet d'une évaluation favorable par les autres, plus l'estime de soi est améliorée. C'est pour cette raison que l'estime de soi d'élèves populaires pourrait donc être plus élevée que celle des premiers de la classe.

Il semble fondamental au bon développement de l'estime de soi, que les parents expriment un amour inconditionnel à leur enfant en dépit des performances afin que ce dernier intériorise l'idée que sa valeur représente une donnée stable indépendante des notions d'échecs et de réussites.

L'impact du regard d'autrui sur l'estime de soi est plus marqué à la baisse qu'à la hausse comme l'illustre ce travail de psycho sociologie. Des volontaires étaient affectés à un travail à effectuer en groupe ou individuellement. « À certains sujets, on faisait croire que ce choix était volontaire : « vous avez été choisi par les membres du groupe pour travailler avec eux », ou « vous avez été refusé par les membres du groupe, et vous travaillerez donc seul ». À d'autres, on annonçait que le choix était aléatoire : « il y a eu un tirage au sort, certains rejoindront les groupes et d'autres travailleront seuls ». En étudiant l'estime de soi des

participants à cette expérience, on voyait qu'elle n'était pas touchée si le choix était présenté comme le fruit d'un tirage au sort. Par contre, si la décision paraissait émaner du groupe, on voyait que le fait d'avoir été choisi n'augmentait que modérément l'estime de soi, alors que le fait d'avoir été rejeté l'abaissait sérieusement... Être choisi ne fait donc que rassurer, alors qu'être exclu déstabilise fortement. » (André, 2005)

Estime de soi et capacités d'autocontrôle

On définit l'autocontrôle par la capacité d'un sujet à s'engager dans des conduites (par exemple le travail scolaire) qui vont lui apporter des bénéfices à long terme (réussir des examens) malgré l'absence de bénéfices à court-terme, voire même des inconvénients immédiats (moins jouer ou moins sortir que ses camarades). Ces stratégies d'autocontrôle sont par exemple celles qui font défaut aux personnes à basse estime de soi et notamment celles ayant du mal à suivre des régimes alimentaires.

Pour illustrer ce lien voici un extrait de « Imparfait, libres et heureux » de Christophe André :

« Vous êtes par petits groupes de 6 personnes de même sexe. Après vous avoir fait faire connaissance les uns avec les autres, au travers de petites rencontres de 20 mn chacune, on vous fait passer dans une petite pièce, où l'on vous demande de choisir deux des personnes que vous venez de rencontrer pour travailler en groupe avec elles. Puis, peu après, on revient vers vous pour vous dire que, hélas, vous n'avez été choisi par personne (en réalité, il s'agit d'un simple tirage au sort mais vous ne l'apprendrez qu'ensuite). Une autre moitié des participants reçoit, elle, un message moins pénible « vous avez été choisi par plusieurs personnes du groupe pour d'autres expériences, mais pas tout de suite. ».Après quoi, que vous soyez ainsi rejeté ou accepté, on vous propose de participer, mais tout(e) seul(e) à d'autres expériences. L'expérience suivante consiste à évaluer d'après un questionnaire précis le goût et la texture de cookies, tous les mêmes, dont une grande quantité (35) ont été déposée sur un plateau. On vous laisse avec vos cookies, votre questionnaire et votre expérience de rejet social encore toute fraîche, pendant 10 minutes. Les participants qui viennent de subir le rejet vont avaler en moyenne 9 cookies pour répondre au questionnaire d'évaluation des gâteaux, là où les participants qui n'ont pas été rejetés n'en avaleront que 4 ou 5. Comme si les « rejetés »avaient perdu leurs capacités d'autocontrôle, si précieuses pour ne pas sombrer face à chaque difficulté de vie...(...) c'est aussi l'envie de faire des efforts qui est annihilée chez les personnes vivant une expérience de rejet. »

Fonctions de l'estime de soi

Une des premières fonctions de l'estime de soi concerne la capacité à s'engager efficacement dans l'action. Les sujets avec une estime de soi basse agissent avec plus de prudence et de réticence et renoncent plus vite en cas de difficultés. En cause, la perception des échecs, vécus chez le sujet avec une basse estime de lui-même comme d'origine interne (culpabilité), globales et stables (les prochaines expériences seront aussi des échecs). C'est une dynamique qui s'auto entretient puisque le sujet s'engage de moins en moins dans

l'action par peur de l'échec, il reste en retrait et ne prend pas d'initiative ce qui consolide sa mauvaise image de lui-même.

L'estime de soi permet également de nous protéger de l'adversité, selon des travaux réalisés par Heimpel et al en 2002, les sujets à basse estime de soi faisaient moins d'efforts pour « se remonter le moral » après un échec même s'ils semblaient avoir conscience que des actions plaisantes (comme regarder un film amusant) auraient eu un effet bénéfique pour eux. La conséquence principale serait l'enfermement dans une spirale négative.

L'estime de soi est également associée à des phénomènes cognitifs d'auto évaluation c'est-à-dire des auto évaluations incessantes et généralement inconscientes fortement dépendantes de l'estime de soi comme le montre la tendance des sujet à faible estime de soi à se décrire avec prudence et hésitation. Les sujets à haute estime de soi par contre parlent d'eux en termes plus tranchés et plus affirmatifs, et se montrent moins dépendants de leur interlocuteur.

MOTIVATIONS A MAIGRIR

Intrinsèques

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'obésité est une maladie chronique aux comorbidités et aux conséquences physiques, psychologiques et sociales nombreuses. Les sujets entament une démarche de perte de poids en partie pour des raisons de santé. Soit par prévention et pour éviter les complications, soit par altération de la qualité de vie en lien avec des problèmes déjà présents. Dans le cadre de notre sujet d'étude, à savoir les obèses sévères, pour la plupart les complications font déjà parties de leur quotidien et sont souvent à l'origine de la demande de soins. En premier lieu, sans forcément parler d'arthrose invalidante, la limitation physique est souvent rapportée. Soit dans les gestes de la vie quotidienne soit dans le domaine professionnel.

Les patients parlent souvent « d'être mal dans sa peau » ce qui fait partie aussi des motivations à la prise en charge du poids.

Ce mal être a pu être mis en évidence dans une étude de Claudon et al. (2012) qui a étudié la représentation de soi des sujets obèses sévères en attente de chirurgie bariatrique à travers une évaluation externe quantitative et interne qualitative.

Pour les évaluations qualitatives, ont été utilisé le Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) (questionnaire auto administré développé pour évaluer les attitudes et motivations susceptibles d'entraîner des perturbations de la prise alimentaire et d'affecter le contrôle pondéral comme la restriction cognitive, l'externalité et l'émotivité) et Le Hospital Anxiety

and Depression Scale (HADS) qui permet d'évaluer la symptomatologie anxieuse et dépressive chez les personnes ayant des maladies somatiques.

Pour l'évaluation interne qualitative c'est l'épreuve de Rorschach permettant d'évaluer deux dimensions importantes que sont, la qualité de mentalisation et la représentation de soi.

Si peu d'informations émergent des scores cliniques (Les scores moyens au DEBQ et au HADS sont inférieurs au score seuil pathologique), il apparaît que le fonctionnement psychologique est altéré et la représentation de soi atypique. Il existe une fragilité psychique, une angoisse liée au corps, une restriction sensible de l'engagement relationnel, un sentiment de continuité perturbé, une déstabilisation profonde de l'identité et de la capacité du sujet à faire face aux évènements narcissiques/corporels et relationnels/sociaux.

Extrinsèques

Cette problématique liée à l'apparence existe dès l'adolescence et prédomine dans le sexe féminin. Les normes s'appliquent différemment selon le genre. En effet, les filles se perçoivent plus grosses que les garçons et se jugent aussi plus grosses (1 fille sur 2 avaient un IMC normal). En France, 25 % d'une population d'adolescents qui ne présentent pas de trouble du comportement alimentaire déclarent se soumettre à une restriction alimentaire. (Flament et al., 2000.) Ces représentations et comportements introduisent l'idée d'insatisfaction corporelle.

L'idéal corporel est l'image du corps vers laquelle le sujet tend. Cet idéal est soumis à l'influence d'un modèle tripartite élaboré par Thompson et al. (1999) qui identifie 3 sources d'influences :

- L'influence exercée par *les pairs*, mise en évidence dans plusieurs études (Paxton et al.1999, Thompson et al.1995, Stormer and Thompson 1996, Stice et al. 1996) notamment grâce à « The Perception of Teasing Scale » qui est une échelle évaluant la perception des « moqueries ». Cette échelle est composée de 10 situations en rapport, soit avec des moqueries relatives au poids général, soit relatives aux compétences du sujet. Ce dernier doit indiquer avec quelle fréquence s'est-il déjà retrouvé dans cette situation et à quel point cette situation l'a dérangé.
- L'influence exercée par *la famille* a fait aussi l'objet de plusieurs études (Levine et al. 1994, Pike and Rodin en 1991) qui ont comparé les mères de jeunes filles avec troubles alimentaires versus sans troubles alimentaires. Ils ont pu mettre en évidence que les mères de celles qui avaient des troubles alimentaires avaient dans leur histoire personnelle également des problèmes alimentaires, qu'elles étaient insatisfaites de leur système de fonctionnement familial général, qu'elles trouvaient que leur fille avait du poids à perdre était moins attractive. Pour Kanakis and Thelen (1995) les jeunes filles présentant un diagnostic de boulimie ou trouble alimentaire

rapportaient avoir été plus souvent sujet aux moqueries de leur famille que le groupe contrôle.

- L'influence exercée par *les médias*, Harrison and Cantor (1997) a mis en évidence que l'exposition à des médias (magazine et télévision) prônant la minceur était associée à une proportion plus importante de symptômes de type troubles alimentaires. Irvin (1990) a montré que plus les femmes étaient exposées à des images de modèles minces plus elles étaient insatisfaites de leur propre corps. Turner et al. (1997) et Stice et al. (1994) ont complété le sujet en montrant que l'exposition à des images de modèles minces provoquait aussi de l'anxiété et de la dépression.

Les 2 mécanismes identifiés sont :

- La comparaison sociale.
- L'internalisation d'un idéal de minceur.

Au fur et à mesure que la famille met la pression au niveau alimentaire, que les pairs se moquent et que les médias véhiculent uniquement des images de corps minces (souvent même à la limite de la maigreur), le sujet intègre ces images comme la norme sociale et peut se percevoir différent de celle-ci par comparaison sociale. Petit à petit la différence entre « corps perçu » et « corps désiré » va faire naître une insatisfaction corporelle et avec elle les 1^{er} régimes.

Plusieurs études ont montré que les femmes en surpoids et obèses avaient une plus grande insatisfaction corporelle mais que cependant, dans une population d'obèses, il n'y avait pas de lien entre IMC et insatisfaction corporelle.

La pression sociale, liée aux campagnes de prévention de l'obésité avec une définition par l'OMS des limites du « poids santé » joue forcément dans la réflexion du sujet à propos de ses motivations. « Devenu trop gros, le corps plus gros est devenu un corps malade, faisant de celui qui l'habite un coupable...de ne pas faire ce qu'il faudrait pour réintégrer la norme garante de moralité » (Le Barzic,2010)

Ils vont donc tous devoir perdre du poids, peu importe leur histoire de poids ou leur état de santé, et ils risquent d'entrer à leur insu dans la spirale de la restriction cognitive. Penser à manger moins ou différemment c'est d'abord penser à manger.

Généralités

Les premières notions psychologiques et sociologiques sur la sexualité féminine sont récentes et datent du 20^{ème} siècle. Elles sont essentiellement représentées au départ par les modèles théoriques psychanalytiques à commencer par celles de Freud pour qui la psychologie de la sexualité féminine n'est envisagée que par opposition à celle de la sexualité masculine. Il identifie la féminité à la passivité et la masculinité à l'activité.

Dans les années 60-70, les travaux de Masters et Johnson ont permis des avancées significatives en matière de sexualité féminine. En effet cela a permis de rétablir la « légitimité » de l'orgasme clitoridien (décrit comme une mauvaise chose par Freud en opposition à celui vaginal), la possibilité pour la femme d'avoir plusieurs orgasmes rapprochés et la capacité à jouir seule.

A partir de 1970, 3 grandes enquêtes sur la sexualité ont vu le jour :

- Le rapport Simon qui avait principalement pour objectif de caractériser les normes de la sexualité afin de donner aux acteurs sociaux un outil d'éducation à la sexualité. L'homosexualité n'était pas abordée. (Simon et al., 1970)
- L'enquête Analyse des Comportements Sexuels en France (ACSF) en 1992 à la demande du CNRS secondaire à l'épidémie du SIDA. A la fois sociologique et épidémiologique. Réalisée dans un contexte plus grave, on s'intéresse plus à la sexualité comme risque. (Spira, 1993)
- Enquête Contexte sur la Sexualité Française (CSF) en 2006 composée majoritairement de femmes. L'équipe était en partie la même que pour l'ACSF mais volontairement renouvelée. Contexte de changement : traitement pour le SIDA devenue maladie chronique, généralisation du préservatif, Pacs légalisant les couples de même sexe et une loi sur la parité homme/femme. (Bajos et al., 2006)

Avant la révolution de la contraception puis de l'avortement en 1979, la sexualité féminine se résumait à la procréation. La femme avait des rapports sexuels dans le but d'assurer une descendance, la notion de plaisir était écartée au profit de celle de reproduction.

Diversification des trajectoires féminines en matière de sexualité qui sont de plus en plus dissociées des enjeux reproductifs.

Dans la dernière étude (Bajos et al., 2006) il semble, malgré tous ces changements, persister l'existence d'un modèle où s'oppose une sexualité féminine pensée majoritairement sur le

registre de l'affectivité et de la conjugalité et une sexualité masculine renvoyée sur le registre des besoins physiologiques.

Et ces représentations persistent autant, voire plus, chez les femmes qui pensent notamment que les hommes ont plus de besoins sexuels.

La dernière enquête sur la sexualité des Français(e)s, énonce clairement la hausse du degré de satisfaction sexuelle des femmes. Pour la première fois depuis des siècles, les normes et les codes sexuels édictés par l'Église et les médecins ont été remis en cause par la revendication des femmes elles-mêmes du droit à maîtriser leur vie sexuelle. Par ailleurs, elles ont investi des univers, jusqu'à cette date essentiellement masculins, comme la médecine, la sexologie et la psychologie. En effet les rapports dans le domaine social notamment celui du travail ont évolué vers une égalité homme/femme sans que pour autant le même équilibre se soit produit dans le domaine privé (tâches domestiques)

Le premier congrès mondial de sexologie s'est déroulé en 1974. Depuis, recherches et études sur la physiologie de la sexualité se sont multipliées et ont permis d'explorer la palette de la sexualité féminine, plus vaste et moins centrée sur les zones génitales que celle de l'homme. Ce qui rend son étude d'autant plus délicate.

À propos de sexualité, les sources d'informations se sont élargies. Les médias véhiculent de nouvelles croyances et de nouvelles modes. Cela introduit une nouvelle normalité et bascule trop souvent dans la recherche du plaisir à n'importe quel prix en tournant autour de la consommation et de la performance. Cette vision mécaniste de la sexualité a fait croire à certaines que l'on pouvait avoir des relations sexuelles sans angoisse dans n'importe quelles conditions et avec n'importe qui. La confrontation à la réalité peut entraîner bien des conséquences allant du mal être aux troubles sexuels.

La sexualité est un rapport à soi mais aussi un rapport de soi avec l'autre. Quand le rapport à soi est perturbé il ne peut en être autrement dans la relation à l'autre, aussi intime puisse être la sexualité.

La sexualité est le reflet de la représentation que l'individu se fait de lui-même et fait appel au principe même d'identité. Son étude permet, entre autres mesures, d'évaluer les conséquences des remaniements profonds.

La sexualité chez la personne obèse

Une revue de la littérature en 2007 par Larsen and al. n'a identifié qu'une seule étude transversale qui étudiait la relation entre sexualité et obésité.

Au sujet des études concernant sexualité et perte de poids, 7 études ont pu être identifiées dont seulement 4 concernaient les femmes. Parmi ces 4 études l'une d'entre elle utilisait

comme traitement de l'obésité un programme diététique quotidien avec suivi seulement de 1 mois (Kolotkin et al.,1995).

Adolfsson and al., en 2002 ne décrivent pas de différence significative entre le groupe de patientes obèses et non obèses en ce qui concerne la satisfaction sexuelle.

Une enquête nationale d'une grande ampleur a été conduite en France par Bajos et al. en 2006 au sujet de la sexualité, cela concernait 5535 femmes et 4635 hommes dont 3651 femmes et 2725 hommes avaient un poids normal (indice de masse corporelle - IMC - de $18,5 < 25$), 1010 femmes et 1488 hommes, un surpoids (IMC de $25 - < 30$) et 411 femmes et 350 hommes, une obésité (IMC > 30).

Selon ce rapport, les obèses (IMC supérieur à 30) ont 30 % de moins de chances d'avoir eu un partenaire sexuel dans les douze derniers mois, quel que soit leur âge.

S'il est vrai que les femmes obèses sont moins susceptibles que les femmes de poids normal d'avoir eu un partenaire sexuel au cours de l'année écoulée, leur activité sexuelle est pourtant bien réelle, puisque 80% des femmes obèses rapportent avoir eu au moins un partenaire dans les douze derniers mois (contre 88,1% des femmes de poids normal). La moyenne du nombre d'actes par mois est pour elles de 7,74, contre 8,78 pour les femmes de poids normal, et elles sont 43,2% à être très satisfaites de leur vie sexuelle; c'est à comparer à une moyenne de 44,1%, tous poids confondus. On peut aussi remarquer que les femmes obèses donnent en général moins de prix à leur vie sexuelle: 29,1% d'entre elles estiment que la sexualité n'est pas importante pour leur équilibre personnel, contre 12,3% des femmes de poids normal.

Les femmes obèses de moins de trente ans déclarent quatre fois plus de grossesses non désirées ou d'avortements que celles du même âge de poids normal. Elles prennent moins la pilule et consultent également moins le médecin pour leur contraception. Enfin, elles sont trois fois plus nombreuses à rencontrer leurs partenaires sur Internet.

Dans 67% des cas le partenaire de la femme obèse était aussi obèse contre seulement 39% pour les partenaires des hommes obèses.

L'image de leur corps pèse davantage sur les femmes que sur les hommes, et conduit à ce "rapport spécifique à la sexualité". Ce qui peut expliquer le moindre recours pour leur contraception aux médecins, devant lesquels il faut se déshabiller. Cela peut expliquer, aussi, le fait qu'elles soient plus nombreuses à trouver leur partenaire sur Internet, où elles peuvent cacher leur poids.

Les auteurs de l'article concluent que face au phénomène de l'obésité, il faut envisager la sexualité de ces femmes comme un enjeu de santé publique. Il faudrait ainsi accentuer la prévention des grossesses non désirées, d'autant qu'être enceinte comporte plus de risques pour les femmes obèses que pour les autres. Cela pourrait passer, notamment, par une

meilleure prise en compte de la sexualité elle-même lors des consultations médicales, où il semble en être encore peu question.

L'IMC montre un lien significatif avec l'insatisfaction corporelle chez la femme, il n'est associé à aucune autre variable d'ordre sexuel. La satisfaction sexuelle serait donc d'avantage liée aux perceptions et cognitions liées au poids (« corps perçu ») qu'au poids proprement dit.

Une étude réalisée par Wingood et al. En 2002 en Georgie auprès de plus de 500 adolescentes afro-américaines, a pu établir un lien entre insatisfaction corporelle et majoration de comportements, attitudes et croyances sexuelles à risque comme les grossesses non désirées et infections sexuellement transmissibles.

L'étude du comportement sexuel de 62 femmes obèses (BMI \pm 33) par rapport à celui d'un groupe contrôle (N = 35, BMI \pm 22) a isolé deux populations significativement distinctes : la première (48%) souffre de troubles du comportement alimentaire selon les critères du DSM-IV, ($p < 0,0001$), de dysfonctions sexuelles spécifiques ($p < 0,0001$) (vaginisme et évitement sexuel) et d'une comorbidité telle que dépression ($p < 0,0001$), de multi impulsivité ($p < 0,0001$) etc.; la seconde (52%) ne présente qu'une hyperphagie sans psychopathologie associée et se déclare satisfaite à la fois de son développement psychosexuel et de sa sexualité actuelle. Cette étude expliquerait, en fonction de ces proportions, la difficulté du traitement de l'obésité et justifierait un complément sexothérapique pour la population souffrante. (Ribes et al., 2010)

Plus récemment, une revue de la littérature en 2016 par Wingfield et al., retrouve 13 études concernant la sexualité féminine chez des patientes obèses morbides candidates à la chirurgie bariatrique dont 7 utilisent le FSFI. Seule l'étude de Olivera et al. ne retrouve pas d'amélioration de la qualité de vie sexuelle post opératoire.

PRISE EN CHARGE MEDICALE DE L'OBESITE

Règles hygiéno-diététiques

Elle consiste en la transmission d'informations sur l'obésité, ses risques, ses facteurs favorisant et protecteurs (telles que les règles hygiéno diététiques).

Selon les recommandations de l'HAS en 2011 sur la prise en charge médicale de premier recours pour le surpoids et l'obésité.

IMC (kg/m ²)	Tour de taille (cm)		Présence de comorbidités
	Bas Hommes < 94 Femmes < 80	Élevé Hommes ≥ 94 Femmes ≥ 80	
25 - 30		▬▬▬▬▬▬	
30 - 35	■	■	■
35 - 40	■	■	■
> 40	■	■	■

- SURPOIDS SIMPLE : conseils généraux sur un poids de forme et le mode de vie**
(objectif : prévenir une prise de poids supplémentaire)
- SURPOIDS AVEC TOUR DE TAILLE ÉLEVÉ : conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique**
(objectif : prévenir une prise de poids supplémentaire et réduire le tour de taille)
- Conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique** (objectif : réduire le poids de 5 % à 15 %)
- Conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique** (objectif : réduire le poids). **Considérer la chirurgie bariatrique***

Activité physique

Tableau d'exemples d'activités physiques (marche, vie quotidienne, loisirs, sports) en fonction de leur intensité d'après la SFN, 2005

Intensité	Exemples d'activités	Durée
Faible	Marche lente (4 km/h)	45 minutes
	Laver les vitres ou la voiture, faire la poussière, entretien mécanique	
	Pétanque, billard, bowling, Frisbee, voile, golf, volley-ball, tennis de table (en dehors de la compétition)	
Modérée	Marche rapide (6 km/h)	30 minutes
	Jardinage léger, ramassage de feuilles, port de charges de quelques kg	
	Danse de salon	
	Vélo ou natation « plaisir », aqua-gym, ski alpin	
Élevée	Marche en côte, randonnée en moyenne montagne	20 minutes
	Bêcher, déménager	
	Jogging (10 km/h), VTT, natation « rapide », saut à la corde, football, basket-ball, sports de combat, tennis (en simple), squash	

Règles diététiques

Conseils diététiques
Limiter la consommation des aliments à forte densité énergétique, riches en lipides ou en sucres, et les boissons sucrées ou alcoolisées
Choisir des aliments de faible densité énergétique (fruits, légumes), boire de l'eau
Contrôler la taille des portions *
Diversifier les choix alimentaires en mangeant de tout (ne pas éliminer les aliments préférés mais en manger modérément)
Manger suffisamment et lentement à l'occasion des repas, ne pas manger debout, mais assis bien installé à une table, si possible dans la convivialité
Structurer les prises alimentaires en repas et en collations en fonction des nécessités du mode de vie du sujet (en général, 3 repas principaux et une collation éventuelle), ne pas sauter de repas pour éviter les grignotages entre les repas favorisés par la faim
Rassurer le patient quant à son droit au plaisir de manger, la convivialité des repas est souhaitable
Conseils pour l'acquisition des aliments
Prévoir les menus pour le nombre de convives
Faire une liste de courses
Faire ses courses sans avoir faim
Éviter d'acheter des aliments consommables sans aucune préparation
Apprendre à lire les étiquettes d'information sur les emballages

Conseils pour la préparation des aliments
Cuisiner si possible soi-même ou indiquer clairement les consignes à la personne qui cuisine
Proposer la même alimentation pour toute la famille (seules les quantités vont varier)
Utiliser les produits de saison
Limiter l'utilisation de matière grasse pour la cuisson
Cuisiner des quantités adaptées. Limiter la taille des plats. S'il y a des restes, proposer de les accommoder pour le repas suivant
Conseils pour les repas
Se consacrer au repas, être attentif à son assiette
Prêter attention aux sensations perçues lorsqu'on mange (est-ce acide, amer, sucré, chaud ?)
Servir à l'assiette ; remplir les assiettes avant de les apporter sur la table (éviter de laisser le plat sur la table). Ne pas se resservir
Déposer les couverts entre chaque bouchée en cas de tachyphagie †
Utiliser des assiettes de diamètre standard (ou petit) pour obtenir une taille des portions adaptée
Conseils entre les repas
Proposer aux personnes qui mangent en réaction à des émotions négatives (déception, ennui, nervosité) un comportement incompatible avec le fait de manger comme téléphoner ou se doucher ou faire une promenade
Éviter d'acheter ou stocker en quantité les aliments habituellement consommés lors des prises alimentaires extra-prandiales (grignotage)
En cas de perte de contrôle, préférer les aliments à faible densité calorique. Accepter de ne pas se cacher et de prendre le temps de déguster lentement

Traitements médicamenteux

Les médicaments de l'obésité sont utiles pour aider le patient à adhérer plus facilement aux mesures thérapeutiques de base (diététique, exercice physique, modifications du comportement) mais il ne fait jamais partie d'un traitement de première intention.

Un médicament ne doit pas être utilisé comme seul traitement mais toujours en association avec les mesures hygiéno-diététiques.

Le traitement médicamenteux ne constitue qu'un moyen thérapeutique parmi d'autres dans une stratégie de prise en charge à long terme, adaptée à chaque patient.

Un traitement médicamenteux d'appoint par Orlistat[®] en cas de surpoids peut être pris pour lutter contre la prise de poids. C'est un inhibiteur des lipases digestives prescrit dans l'obésité depuis 1993 qui peut être prescrit chez les patients avec facteurs de risques cardiovasculaires. Il permettrait une diminution de 30% de l'absorption des graisses alimentaires. (Guerciolini, 1997) S'il est utilisé, il ne peut en aucun cas remplacer des mesures diététiques ni l'activité physique.

En 2011, Orlistat[®] a été l'objet d'une étude au Canada réalisée par Weir et al. En effet à partir d'une base de données d'assurés de l'Ontario, ses auteurs ont identifié 953 nouveaux consommateurs d'Orlistat[®], pour favoriser la perte de poids, entre 2002 et 2008. Parmi les patients, 18 (soit 2 %) ont déclaré une insuffisance rénale aiguë dans l'année suivant la prescription, soit près de quatre fois plus que les cinq cas enregistrés dans l'année précédant la prise du médicament. Selon l'étude, les défaillances rénales sont dues à l'excès de cristaux d'oxalate.

Un autre traitement existait depuis 1997, la Sibutramine qui était un inhibiteur de la recapture de la Noradrénaline et de la sérotonine appartenant aux groupes des amphétaminiques. Il a été retiré du marché en mai 2010 suite aux résultats de l'étude Sibutramine Cardiovascular Outcomes Trial (SCOUT) démontrant une augmentation de l'incidence des événements cardiovasculaires (James et al. 2010). Cette étude a enrôlé 9 804 patients à haut risque cardiovasculaire, recevant de façon aléatoire de la sibutramine ou un placebo, suivis pendant une moyenne de 3,4 années. Le traitement par sibutramine a été associé à une augmentation légère (+16 %), mais significative ($p = 0,02$), du critère primaire comportant divers événements cardiovasculaires majeurs (infarctus du myocarde, accident ischémique cérébral, arrêt cardiaque avec réanimation réussie et décès d'origine cardiovasculaire). La différence provient d'une incidence accrue des événements non mortels, que ce soit les infarctus du myocarde (+28 % ; $p = 0,02$) ou les accidents cérébrovasculaires (+36 % ; $p = 0,03$), sans augmentation de la mortalité cardiovasculaire, ni de la mortalité totale. Ces résultats ont amené au retrait de la Sibutramine du marché en raison d'un rapport bénéfices/risques jugé insuffisant.

Pour conclure, l’HAS ne recommande pas la prescription d’Orlistat[®] au regard de son efficacité modeste, des effets indésirables, notamment digestifs et des interactions médicamenteuses et proscrit toute prescription médicamenteuse n’ayant pas l’AMM.

Education thérapeutique du patient (Ziegler et al. 2014)
--

Elle est considérée comme un élément clé de la prise en charge de l’obésité car elle permet de remettre en cause les stéréotypes diagnostiques ou thérapeutiques au profit d’un projet partagé par le patient et le soignant.

L’objectif principal est d’aider la personne obèse à « mieux vivre » avec la maladie. Cela passe avant tout par des modifications thérapeutiques du mode de vie via des compétences d’auto soins et d’adaptations.

Le but est aussi d’adapter la prise en charge à la trajectoire du patient, tant au niveau des intervenants qu’au niveau de l’intervention elle-même, et non pas simplement au vu de son IMC.

Typologie et trajectoire	Niveau de soins et intervenants
Surpoids ou obésité sans complication, contexte familial favorable, sans problème psychologique ou social majeur	1^{er} recours Prise en charge de proximité coordonnée par le médecin habituel ± autres professionnels de proximité (IDE, diététicien, psychologue, enseignant en APA)
Surpoids ou obésité avec : • ascension rapide de la courbe d’IMC • comorbidités associées • contexte familial défavorable • problématique psychologique et sociale Diagnostic et suivi d’une obésité secondaire	2^e recours Prise en charge de type REPOP Pédiatre, endocrino-diabétologue, médecin nutritionniste, diététicien, psychologue, pédopsychiatre, infirmière (scolaire), assistante sociale, enseignant en APA, kinésithérapeute Plateau technique spécialisé
Obésité sévère évolutive, avec comorbidités Handicap dans la vie quotidienne Contexte familial très défavorable Problème psychologique et social majeur Diagnostic et suivi d’une obésité syndromique	3^e recours Prise en charge de type REPOP Pédiatre, médecin nutritionniste, endocrino-diabétologue, diététicien, psychologue, infirmière (scolaire), assistante sociale, psychiatre, kinésithérapeute, enseignant en APA Plateau technique spécialisé

APA : activité physique adaptée

REPOP : Réseau de prévention et prise en charge de l’obésité

Le plan obésité a fait de l’éducation thérapeutique un objectif majeur.

Dans un premier temps, l’essentiel pour la personne est d’améliorer la connaissance de soi et de développer ses capacités d’adaptation. Les patients sont amenés à modifier leurs croyances et leurs représentations vis-à-vis de la maladie et de son traitement. Sont

concernés le contrôle du poids mais aussi les conséquences sur l'image corporelle, l'estime de soi et la qualité de vie.

L'approche est globale, centrée sur le patient à qui l'on propose de changer « par lui-même » les habitudes de vie qui ont un impact sur cette maladie. Leur finalité est de changer durablement le mode de vie à différents niveaux (alimentation, activité physique, sédentarité, sommeil et rythmes de vie, loisirs, etc.), en tenant compte des situations individuelles. Cela passe avant tout par un modèle de relation soignant-soigné humaniste.

L'objectif n'est pas de « faire maigrir », mais de soigner une personne, en prenant en compte l'ensemble de ses difficultés, qui ne relèvent pas toutes de l'excès de poids. Le patient tente de vivre au mieux avec son problème pondéral, en apprenant à le gérer sans frustration excessive. L'une des phases initiales est l'acceptation — à différencier de la résignation — préalable à un engagement dans une phase dynamique de changement.

Compétences d'auto soins et de compréhension de la maladie

Les objectifs de l'éducation thérapeutique en matière de *connaissances de la maladie et traitement* sont :

- Admettre que les causes de l'obésité sont multiples et connaître les conséquences de l'excès de poids ;
- Etre capable de distinguer et de comprendre les objectifs du traitement : perte de poids, stabilisation, qualité de vie ;
- Donner du sens aux mesures thérapeutiques et mieux les mettre en œuvre ;
- Etre capable d'analyser les bénéfices et les conséquences des traitements.

Les objectifs de l'éducation thérapeutique en matière de *d'alimentation* sont :

- Connaître les bases d'une alimentation équilibrée et diversifiée ;
- Savoir repérer les aliments denses en énergie et adapter leur consommation ;
- Acquérir les connaissances nécessaires à une alimentation adaptée à l'objectif thérapeutique (stabilisation ou perte de poids) ;
- Savoir interpréter la composition nutritionnelle d'un aliment sur un emballage (lecture des étiquettes) ;
- Savoir élaborer des menus adaptés aux circonstances et prendre en compte la dimension culturelle, familiale et affective du partage des repas et des conduites alimentaires pour la personne et son entourage ;
- Prendre en compte les contraintes pratiques et économiques ;
- Identifier et apprendre à respecter les signaux internes qui permettent d'ajuster le comportement alimentaire aux besoins nutritionnels (sensations de faim, de rassasiement et de satiété) ;

- Repérer les prises alimentaires extra prandiales et évaluer leur importance (sous-estimation fréquente), et aussi en identifier les facteurs déclenchants (stress, émotions, ennui, etc.) ;
- Identifier les risques des régimes restrictifs.

Les objectifs de l'éducation thérapeutique en matière d'*activité physique* :

- Connaître les effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé et les inconvénients de la sédentarité ;
- Identifier les freins et les leviers à une activité physique régulière ;
- Repérer les moyens d'augmenter son activité physique dans la vie quotidienne ;
- Connaître les conditions de sécurité à la mise en place d'une activité physique adaptée (APA) à sa situation.

Les objectifs de l'éducation thérapeutique en matière de *comportements et mode de vie* :

- Identifier les éléments faisant obstacle à des modifications de son mode de vie.
- Repérer les comportements ou situations qui favorisent la prise de poids.
- Connaître et analyser les éléments favorisant la prise des traitements

Les objectifs de l'éducation thérapeutique en matière de *gestion des comorbidités* :

- Utilisation d'un appareil respiratoire à pression positive continue pour le traitement de l'apnée du sommeil.
- Pratiquer une auto surveillance glycémique et faire son injection d'insuline en cas de diabète.

Compétences d'adaptation ou psycho sociales

Comprendre et accepter l'excès de poids :

- Connaître les différentes phases évolutives de la maladie et leur signification ;
- Repérer et analyser les déterminants de sa prise ou fluctuation de poids ;
- Comprendre que l'obésité est une maladie chronique et qu'il existe des facteurs de résistance à la perte de poids mais aussi à sa stabilisation ;
- Admettre l'absence de « remède miracle » ;
- Identifier les différents moyens pour améliorer sa qualité de vie au-delà de la diminution de poids.

Alimentation, comportement alimentaire et ses différentes finalités

- Comprendre les finalités du comportement alimentaire et le rôle important des facteurs psychologiques ou sociaux dans le déterminisme des prises alimentaires (applicable au-delà de l'adulte à l'adolescent obèse) ;

- Prendre conscience du lien entre émotions et conduites alimentaires (applicable aussi à l'adolescent obèse) ;
- Concilier plaisir alimentaire et gestion de son poids, à travers le respect des signaux physiologiques (applicable au-delà de l'adulte à l'enfant préadolescent et à l'adolescent obèse) ;
- Repérer et analyser avec le soignant les distorsions cognitives conduisant à des interdits abusifs et à des tabous alimentaires (applicable au-delà de l'adulte à l'adolescent obèse) ;
- Différencier les formes rigides et flexibles de la restriction cognitive ;
- Comprendre la notion de désordres du comportement alimentaire : tachyphagie, hyperphagie prandiale, prises alimentaires en dehors des repas (grignotages répétés, compulsions, accès de boulimie ou crises alimentaires pouvant conduire au binge eating disorder) ;
- Identifier les situations favorisant la perte de contrôle des conduites alimentaires ;
- Imaginer d'autres solutions que la privation et la frustration alimentaire ou les « remèdes miracles ».

Relation au corps :

- Identifier les effets de l'activité physique sur le bien-être et comprendre l'intérêt d'investir son corps (d'en prendre soin au lieu de le rejeter à cause de sa grosseur) ;
- Repérer les bienfaits de l'activité physique (en termes d'équilibre psychique via le lien social, l'amélioration de la relation à soi, la décharge d'agressivité...);
- Sortir de la logique « activité physique pour dépenser des calories/maigrir » au profit de la recherche du bien-être ;
- Identifier les sensations corporelles dues à des tensions psychiques (stress...).

Connaissance de soi et développement de ses capacités :

- Se connaître soi-même, avoir confiance en soi (HAS) : comprendre les déterminants de ses propres choix (leviers, freins...);
- Identifier les éléments intervenant dans l'amélioration et dans la dégradation de son équilibre personnel et au-delà identifier ses besoins ;
- Repérer les fausses sensations de faim (angoisses, envies de manger, comblement d'un manque) ;
- Apprendre à chercher un soutien familial ou social ;
- Comprendre la nature de certains modes relationnels ;
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress(HAS)
- Identifier un état de tension et ses répercussions sur soi ;
- Elaborer des solutions pour diminuer les tensions/le stress ;
- Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique (HAS);

- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix(HAS): favoriser une « démarche de type résolution de problème quant à l'excès de poids » dans un processus d'élaboration personnelle permettant de trouver des solutions durables;
- Identifier son ambivalence éventuelle quant à sa demande de perte de poids (souhait de maigrir, mais absence d'ouverture vers une démarche de changement autre que le poids...);
- Développer un projet personnel adapté à sa situation ; choisir des objectifs réalistes et déterminer le bon moment pour les mettre en œuvre, en fonction des contraintes et des obstacles;
- Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles (HAS) : favoriser l'expression de ses difficultés et la mise en mots de ses affects et émotions ; prendre conscience de modes relationnels déséquilibrés qui rendent difficile la construction d'un espace pour soi ; s'adapter à son milieu ;
- S'observer, s'évaluer et se renforcer(HAS); faire le lien entre les fluctuations de poids et les événements de vie ; comprendre les raisons des obstacles/freins aux changements de ses comportements et réfléchir sur les moyens d'y faire face ;
- Se rendre compte qu'une éventuelle perte de poids ne résoudra pas toutes les difficultés de sa vie et les insatisfactions sociales ou professionnelles.

LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

En quelques chiffres

Le nombre d'opération a été multiplié par 7 entre 1997 et 2006 (HAS, 2009)

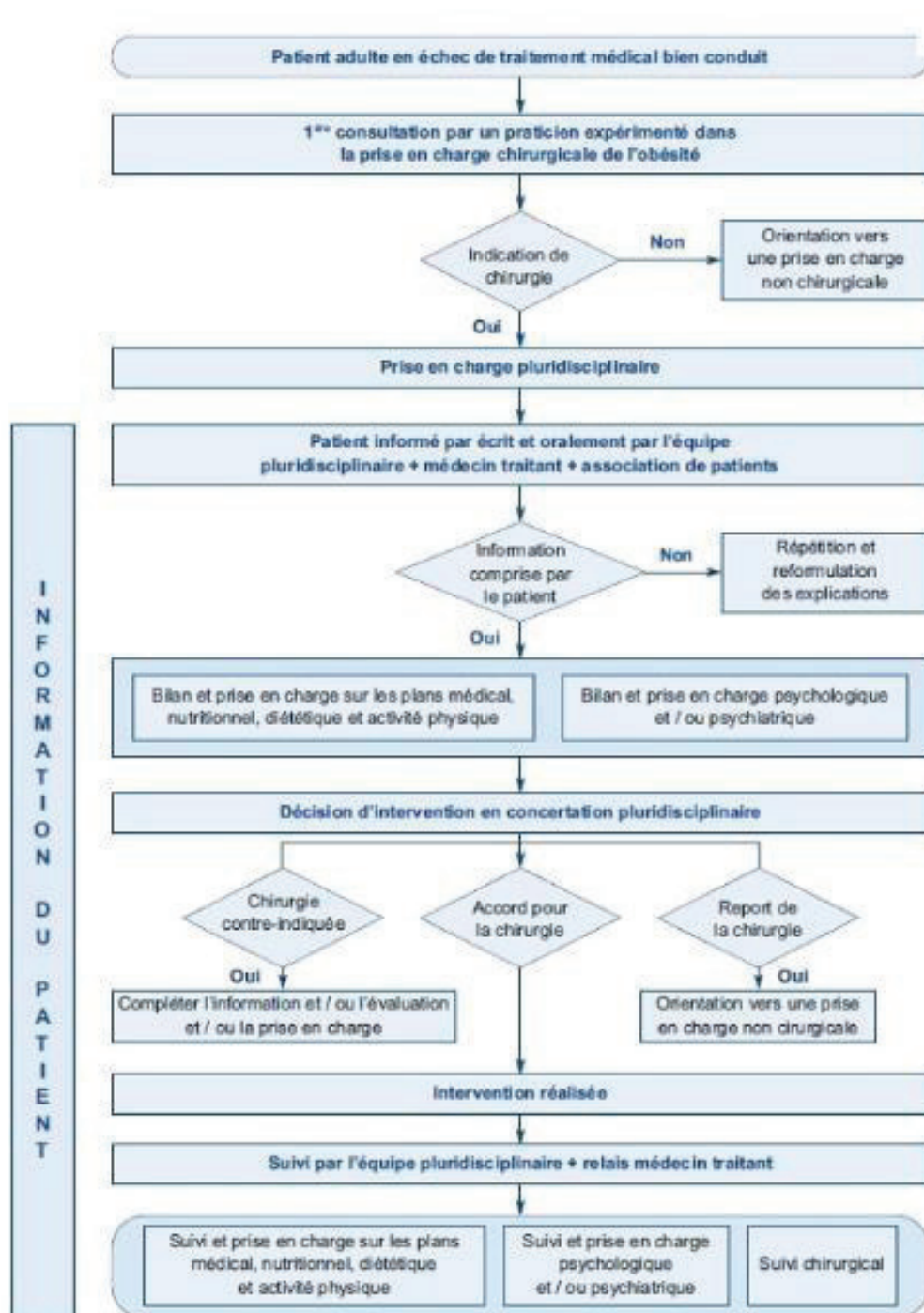
13000 opérations en 2006 contre 47000 en 2014 (Buchwald, 2013)

La mortalité globale est significativement plus faible dans le groupe de patients opérés après un suivi moyen de 10,9 ans (réduction de 29% de la mortalité avec chirurgie) dans la cohorte suédoise de Sjöström en 2007 où ont été comparés 2010 patients opérés versus 2037 patients obèses non traités chirurgicalement.

Toujours selon cette étude À 10 ans, la perte de poids était de 25 % pour les *bypass* gastriques, 16 % pour la gastroplastie verticale calibrée et 14 % pour les anneaux.

La France est au 3^{ème} rang mondial après les USA et le Brésil d'après une étude de Buchwald H. et Oien D. publiée en 2013.

Parcours de soins du candidat à la chirurgie bariatrique (HAS)



Conditions d'éligibilité (HAS)

- BMI > 40 ou > 35 avec 2 comorbidités associées parmi Hypertension artérielle, Syndrome d'apnée du sommeil, Diabète de type 2, maladie ostéo articulaire invalidante, stéatohépatite non alcoolique pouvant être amélioré par la chirurgie ;
- Echec des méthodes nutritionnelles et psychothérapeutiques pendant 6-12 mois ;

- Patients bien informés au préalable, ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires ;
- Patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme ;
- Risque opératoire acceptable.

Les 3 techniques recommandées par l'HAS sont l'anneau gastrique ajustable, la gastrectomie longitudinale ou Sleeve et le Gastric bypass.

L'information, orale et écrite, doit notamment contenir :

- les différentes techniques chirurgicales : leur principe, leurs bénéfices respectifs, leurs risques et inconvénients respectifs, les limites de la chirurgie (notamment en termes de perte de poids) ;
- la nécessité d'une modification du comportement alimentaire et du mode de vie avant et après l'intervention ;
- la nécessité d'un suivi médico-chirurgical la vie durant et les conséquences potentiellement graves de l'absence de suivi ;
- la possibilité de recours à la chirurgie réparatrice après la chirurgie de l'obésité.

Selon la synthèse des dernières recommandations européennes sur la chirurgie bariatrique et métabolique, de nouvelles indications pourraient être envisagées. L'IMC à lui seul ne serait plus un critère indispensable, est envisagée l'histoire personnelle du patient où est prise en compte la cinétique des fluctuations pondérales. (Phan et al., 2014) Le diabète de type 2 apparaît pour la première fois comme un élément majeur à prendre en compte puisque la chirurgie bariatrique améliore voire permet de guérir le diabète (Buchwald et al., 2009) mais qu'elle pourrait aussi être bénéfique lorsque l'IMC est inférieur à 35kg/m² (Serrot et al., 2011).

Le comité d'expert reste prudent sur ce dernier point en précisant la nécessité d'études complémentaires, afin d'harmoniser les résultats, des critères d'amélioration et rémission du diabète de type 2 ont été établis (Diminution de la dose d'insuline post opératoire de 25%, du traitement antidiabétique oral post opératoire de 50% et une amélioration de l'HbA1c post opératoire supérieure à 0.5% ou un taux inférieur à 7% atteint).

Contre-indications

- Les troubles cognitifs ou mentaux sévères ;
- Les troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire ;
- L'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé ;
- La dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives ;
- L'absence de prise en charge médicale préalable identifiée ;
- Les maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme ;
- Les contre-indications à l'anesthésie générale ;
- Grossesse.

Evaluation médico-chirurgicale pré opératoire

- Bilan et prise en charge des comorbidités (cardio-vasculaires, métaboliques, respiratoires) ;
- Evaluation du comportement alimentaire et la prise en charge d'un éventuel trouble du comportement alimentaire (TCA) ;
- Bilan nutritionnel et une correction des déficits éventuels ;
- Evaluation des capacités de mastication ;
- Endoscopie oeso-gastroduodénale et la recherche d'Helicobacter pylori ;
- Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique ;
- Evaluation psychologique et psychiatrique.

Objectifs de l'évaluation psychologique ou psychiatrique

- Identifier les contre-indications psychiatriques à la chirurgie (psychopathologies sévères, comportements d'addiction...);
- Evaluer la motivation du patient, sa capacité à mettre en œuvre les changements comportementaux nécessaires et à participer à un programme de suivi postopératoire à long terme ;
- Evaluer les déterminants et conséquences psychologiques de l'obésité ;
- Evaluer les ressources intellectuelles et les connaissances qui doivent être suffisantes pour fournir un consentement éclairé ;
- Déterminer les facteurs de stress psychosociaux, la présence et la qualité du soutien socio familial ;
- Proposer des prises en charge notamment psychothérapeutiques adaptées avant chirurgie et orienter le suivi en postopératoire.

Prise de décision : la réunion de concertation pluri-disciplinaire

L'équipe pluridisciplinaire comporte au minimum :

- Un chirurgien,
- Un médecin spécialiste de l'obésité (nutritionniste, endocrinologue ou interniste),
- Une diététicienne,
- Un psychiatre ou un psychologue,
- Un anesthésiste-réanimateur.

Un coordinateur est identifié et référent pour chaque patient.

Les conclusions de cette concertation doivent être :

- Formalisées et transcrites dans le dossier du patient ;
- Communiquées au patient, à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire et au médecin traitant

Suivi post opératoire

Il est indispensable, la chirurgie comme toute chirurgie comporte des risques à court, moyen et long terme qu'il convient de surveiller. Elle implique aussi des modifications pour la plupart irréversibles, une alimentation radicalement différente tant par les quantités que le contenu. Le chirurgien est responsable de tous les événements pouvant survenir à court et à long terme qui sont directement liés à l'opération.

Comme le montre la cohorte suédoise de Sjöström Swedish Obese Subjects (SOS), à 10 ans il existe une ré ascension du poids mettant en évidence la nécessité d'un suivi à vie.

Première évaluation après un mois, minimum de suivi tous les 3 mois pendant la 1ère année, tous les 6 mois pour la 2e année, et annuellement par la suite. C'est un suivi toute la vie durant, il doit être réalisé par l'équipe qui a posé l'indication opératoire. (HAS 2009)

Supplémentation vitaminique et en minéraux systématique afin de compenser leur diminution d'apport et leur malabsorption pour les chirurgies malabsorptives et au cas par cas pour celles restrictives.

Les prélèvements sanguins seront à réaliser de manière annuelle (à 1, 4 et 12 mois, puis annuellement pour les chirurgies avec malabsorption) :

- Glycémie à jeun (+ HbA1c chez les patients diabétiques) ;
- Bilan hépatique, taux de prothrombine (TP) ;
- Fonction rénale, ionogramme sanguin ;
- Vitamines B1, B9, B12, 25 (OH) vitamine D3 ;
- Ferritinémie ;
- Parathormone (PTH), albuminémie, calcémie ;
- Numération formule sanguine (NFS).

Technique: Gastroplastie par anneau ajustable

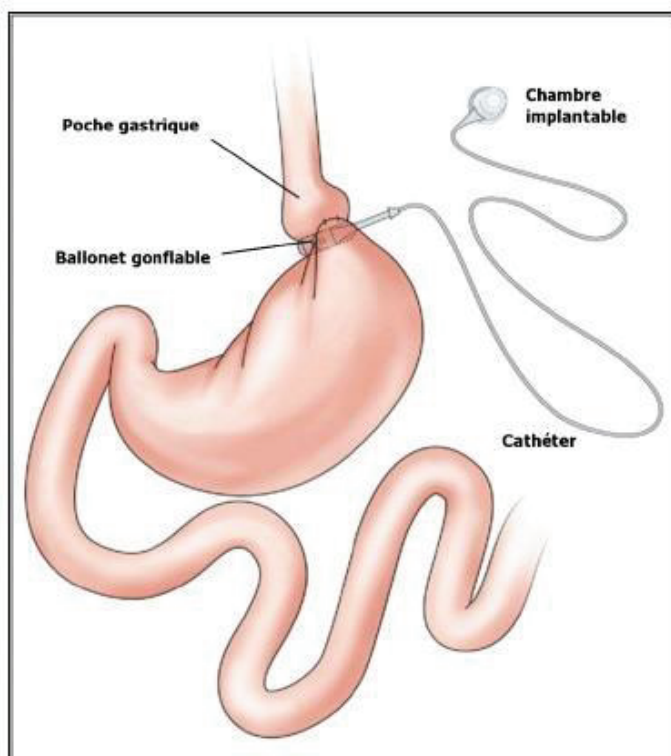


Figure 1 :

Schéma d'une gastroplastie ajustable par pose d'anneau

(D'après Elder et Wolfe, *Gastroenterology* 2007; 132: 2253-71, avec l'autorisation de *Gastroenterology* (Elsevier)).

Elle consiste à encercler la partie supérieure de l'estomac par un anneau, délimitant ainsi une petite poche de 20mL qui se déverse dans le reste de l'estomac à travers un chenal très étroit. Cette technique a comme avantage d'être facile à réaliser sous laparoscopie, d'être éventuellement réversible en cas de complications et de permettre une adaptation à la demande. En effet, le diamètre interne de l'anneau constitué d'un ballonnet souple peut être plus ou moins resserré par l'intermédiaire d'un boîtier placé en sous-cutané par lequel il

est possible d'injecter du sérum physiologique. Cette adaptation du calibre entre les 2 parties de l'estomac (ni trop serré car dysphagiant, ni trop lâche car inefficace) est réalisée au cas par cas.

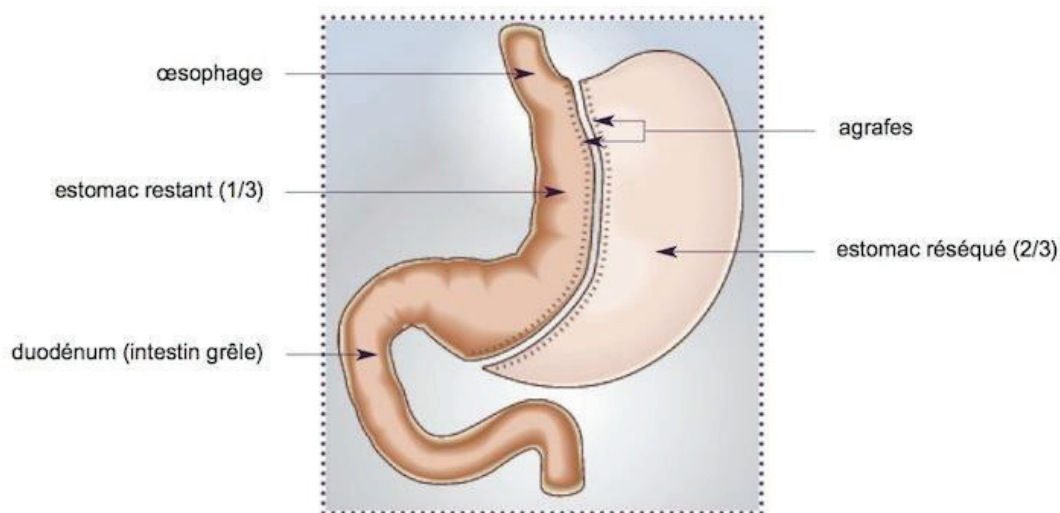
La perte de poids attendue est de l'ordre de 40 à 60% de l'excès de poids sur un recul de 10 ans et la mortalité liée à l'intervention est de 0.1%.(Di Lorenzo et al., 2010)

Elle était la procédure reine au début des années 2000 (plus de 80 % des procédures), elle ne représentait plus que moins de 15 % des procédures en 2013 en France selon les données de la CNAM.

Des complications mécaniques peuvent survenir après l'intervention, même après plusieurs années :

- Problèmes liés au boîtier (infections, déplacement du boîtier sous la peau, douleurs au niveau de l'emplacement du boîtier, rupture du tube reliant le boîtier et l'anneau) ;
- Glissement de l'anneau et dilatation de la poche au-dessus de l'anneau pouvant entraîner des vomissements importants voire l'impossibilité de s'alimenter ;
- Troubles de l'œsophage (reflux, œsophagite, troubles moteurs...);
- Lésions de l'estomac provoquées par l'anneau (érosion de l'estomac, migration de l'anneau).

Technique : Gastrectomie longitudinale (ou sleeve)



La gastrectomie "sleeve" consiste en la résection verticale de plus des 2/3 de l'estomac. L'intérêt récent porté à cette opération réside dans le fait que l'ablation d'une majeure partie de l'estomac, outre son caractère restrictif, élimine une quantité de cellules gastriques (dites "cellules pariétales") qui sécrètent une hormone: la ghréline, celle-ci stimule l'appétit en agissant au niveau du système nerveux central.

Elle était initialement la première étape avant une chirurgie plus « lourde » ou chez des patients avec un risque opératoire trop important puis l'on s'est rendu compte qu'à elle seule, elle pouvait convenir à certains patients. Avec quand même un risque d'échec à terme car le tube gastrique ainsi formé peut se détendre petit à petit. Il est alors possible de convertir la sleeve en Bypass.

La Sleeve gastrectomy connaît une popularité croissante en France et est la 1^{re} technique bariatrique pratiquée, soit plus de 50 % des procédures (données de la CNAM).

Les avantages sont l'absence de matériel étranger (contrairement à l'anneau gastrique) et une absence de risque de carence même si des études récentes tendent à mettre en doute cette dernière affirmation.

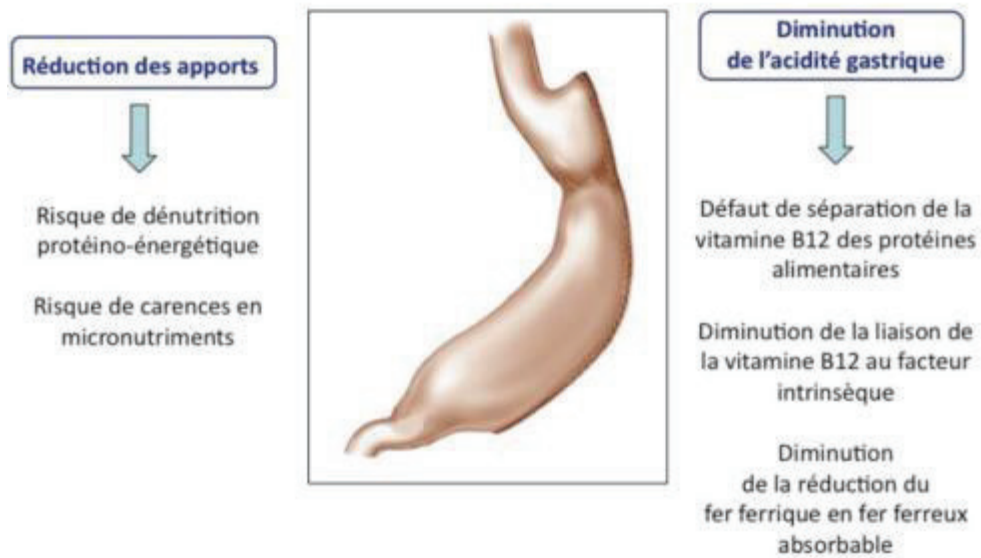
Une étude, portant sur 100 sujets opérés dans un centre allemand entre 2005 et 2009, montre un pourcentage élevé de patients nécessitant une supplémentation à 2 ans (fer : 48%, vitamine B12 : 42%, folates : 40%, zinc : 33% calcium/vitamine D : 34%, vitamine D : 24%) (Peach et al., 2012). Un travail néerlandais, portant sur 200 patients, révèle un pourcentage important de carences post-opératoires à un an en dépit d'une supplémentation systématique en multivitamines et minéraux en post-opératoire (anémie : 6,5%, ferritine : 8%, fer : 18,5%, vitamine B9 : 12,4%, vitamine B12 : 11,5%, vitamine B1 : 9%, vitamine D : 36%, au seuil de 20 ng/mL) (Van Rutte et al., 2014)

Au final, le risque de carences nutritionnelles après Sleeve ou gastric by pass semble similaire au moins durant les premières années après l'opération (Coupaye et al., 2014). Selon cette même étude française, une carence en vitamine B12 et/ou vitamine D serait plus importante après Gastric by pass 6 mois après l'opération.

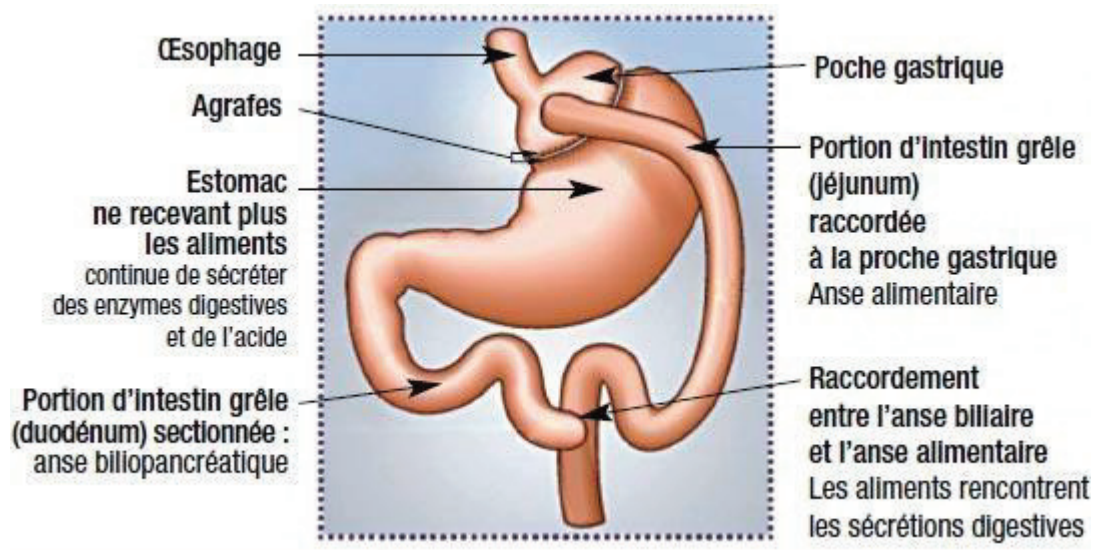
La principale complication liée à cette opération est la fistule post opératoire (fuite sur les sutures de l'estomac) mais elle reste rare. Elle survient dans 2 à 5 % des interventions (Flum et al., 2009)

A plus long terme les principales complications sont le reflux gastro œsophagien (2 à 25% selon les études) et les lithiases biliaires.

Gastrectomie longitudinale ou *sleeve gastrectomy*



Technique : gastric bypass



Première opération en 1967 par Ito et Mason à l'université de Iowa.

Elle fait intervenir une anastomose (suture) entre l'estomac et l'intestin grêle : c'est une opération dite de By-Pass, ou de court-circuit digestif. Très pratiquée aux Etats-Unis, car donnant chez des patients davantage obèses qu'en Europe de meilleurs résultats à long terme, elle est jugée souvent agressive en Europe en première intention, surtout du fait d'une non-réversibilité. En revanche, elle est tout à fait licite dans les cas où une précédente technique « simple » comme l'anneau modulable a échoué.

Le bypass gastrique combine trois éléments : la restriction alimentaire (comme pour l'anneau modulable), avec une satiété rapide, un certain effet de malabsorption (proportionnel à la longueur d'intestin court-circuité, qui peut varier) et un effet « dumping » si on avale trop rapidement des produits sucrés ou lactés (malaise et ballonnement, pouls accéléré).

On divise l'estomac pour délimiter une petite poche gastrique, d'une capacité restreinte à 50 ml environ, séparée du reste de l'estomac. Elle est ensuite reliée directement à l'intestin grêle (le jéjunum) par une anastomose entre celui-ci et la poche gastrique. Les aliments passent directement dans l'intestin grêle proximal, de telle sorte que tout le reste de l'estomac est court-circuité, mais aussi le duodénum et les premières anses intestinales.

Mécanisme de la perte de poids :

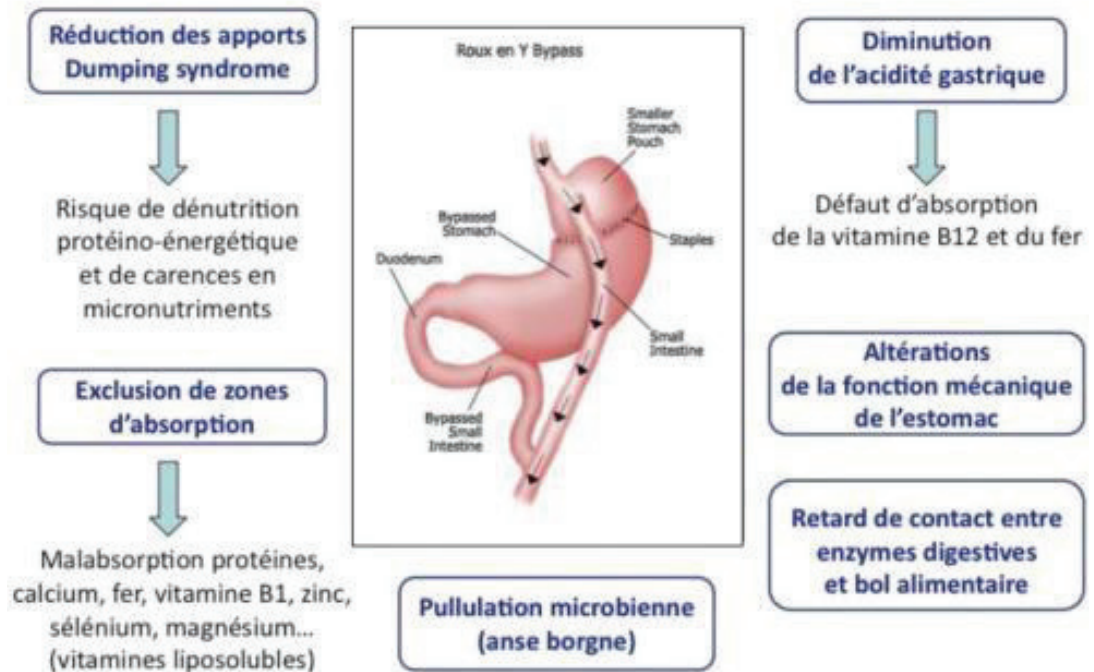
- Petite taille de la poche gastrique (30-50 cc).
- Malabsorption dont l'importance varie en fonction de la longueur du jéjunum exclu.
- Réduction du taux de l'hormone ghréline.
- Dumping syndrome associé à l'ingestion des aliments sucrés (malaise, diarrhées, sudation).

Buchwald et al. ont rapporté en 2004 une perte d'excès de poids de 68 % après GBP par la méta-analyse de 22 études regroupant 4204 patients.

Les complications post opératoires sont celles de toute chirurgie mais plus spécifiquement la fuite sur les sutures digestives, l'occlusion digestive et l'hémorragie sur les sutures.

Pour Hedholm et al. en 2013, un suivi de 384 patients 11 ans après gastric bypass a permis de retrouver des selles diarrhéiques au moins une fois par semaine, 9,8 % des douleurs abdominales, 13,3 % un dumping syndrome et 3,8 % des vomissements.

Court circuit gastrique ou *gastric by-pass*



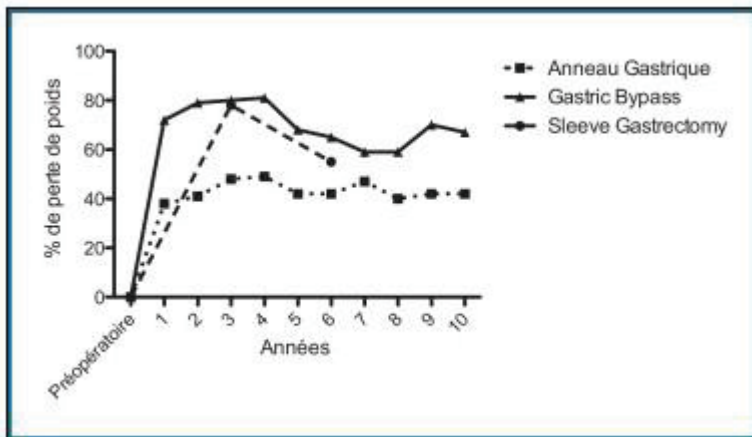
Résultats attendus

La cohorte suédoise de Sjöström *Swedish Obese Subjects*:

- Perte d'excès de poids : 50%

Pour Himpens et al. en 2002, les résultats sont plus décevants à long terme pour la gastrectomie longitudinale ou Sleeve. Parmi 53 patients suivis pendant six ans, une perte d'excès de poids, à trois ans, de 77,5 % qui chutait à 53,3 % à six ans ($p < 0,0001$).

Buchwald et al. ont rapporté en 2004 une perte d'excès de poids de 68 % après GBP par la méta-analyse de 22 études regroupant 4204 patients. Contrairement à la Sleeve, cette importante perte d'excès de poids tend à se stabiliser pour Attiah et al. dans une méta-analyse incluant notamment deux essais randomisés et six études dont le suivi était supérieur à six ans ou la perte d'excès de poids estimée était alors de 66,2 %.



Perte d'excès de poids à long terme après anneau gastrique, gastric bypass et sleeve gastrectomy selon Himpens et al. pour la sleeve gastrectomy et selon Spivak et al. pour l'anneau gastrique et le gastric bypass.

- Réduction de l'incidence des comorbidités liées à l'obésité notamment incidence du diabète 4 fois plus faible dans le groupe chirurgie à 10 ans.

Une revue de la littérature en 2010 (Gill et al.) a rassemblé 27 études dont trois seulement étaient des essais contrôlés prospectifs (non randomisés), Ils conclurent que la Sleeve permettait une rémission du diabète chez 66,2 % des patients et une amélioration de l'équilibre glycémique chez 97,1 % des cas.

Buchwald et al. en 2009 ont montré dans une méta-analyse regroupant près de 30 000 patients opérés d'un Gastric bypass une rémission du diabète supérieure à celle des patients ayant bénéficié d'un AG (70,9 % versus 58,3 % pour un suivi de deux ans ou plus).

Perte d'excès de poids à long terme après anneau gastrique, gastric bypass et sleeve gastrectomy selon Himpens et al. pour la sleeve gastrectomy et selon Spivak et al. pour l'anneau gastrique et le gastric bypass.

PREAMBULE

Au cours de ma pratique en tant qu'interne en psychiatrie j'ai tout de suite été confrontée aux effets secondaires des chimiothérapies prescrites dans notre spécialité. D'abord par mes pairs pour éviter les risques majeurs notamment cardio-vasculaires pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Mais aussi par les patients eux-mêmes concernant d'autres effets secondaires moins « vitaux » mais préoccupant pour le patient au quotidien (prise de poids ou troubles sexuels).

De nos jours, la santé n'est plus seulement l'absence de maladie ou d'infirmité mais elle est aussi évaluée selon le bien être du patient, sa qualité de vie. Parce que guérir ne suffit plus mais qu'il faut maintenant vivre avec. Parce que prendre en charge une maladie ne peut plus se résumer au seul aspect médico-biologique, la qualité de vie du patient, ou son vécu subjectif de l'impact de la maladie, va influencer toute la prise en charge et notamment l'observance au traitement. Dans notre domaine, la rupture thérapeutique est souvent l'élément déclencheur d'une décompensation ; améliorer l'observance est capitale.

Au même moment, pour la première fois à Nice, l'ouverture d'un diplôme inter-universitaire de sexologie a vu le jour. L'opportunité de me former dans un domaine peu connu et où finalement il y avait de la demande de la part des patients s'est offerte à moi. L'originalité et la transdisciplinarité de la sexologie, tout comme de la psychiatrie, ont orienté mon choix.

Lors de mes différentes expériences cliniques, j'ai aussi rencontré des patientes ayant été opérées de chirurgie bariatrique il y a de nombreuses années, pour lesquelles ça n'allait pas et d'autres pour qui la vie avait complètement changé. Les cours sur l'image corporelle, la représentation de soi et les troubles des conduites alimentaires m'ont données envie d'élaborer un travail pouvant lier ces différentes dimensions.

Par la chirurgie bariatrique, c'est en toute passivité que le sujet subit les conséquences pondérales importantes d'une telle intervention. Comment être acteur de sa reconstruction psychique lorsque la perte de poids elle-même a été l'objet d'une soumission du patient ? L'éclaircissement de la dimension thymique, de la représentation de soi et de la conséquence dans les relations intimes pourrait nous permettre de mieux accompagner dans cette reconstruction.

DEROULEMENT DE L'ETUDE

L'objectif de ce travail était de décrire la qualité de vie sexuelle de patientes obèses morbides avant et 3, 6 mois après une chirurgie bariatrique et de comparer ces chiffres par rapport à un groupe contrôle de femmes non obèses, du même âge.

L'étude a été réalisée de façon prospective en recueillant un auto-questionnaire évaluant différents domaines de la satisfaction sexuelle féminine (Female sexual fonction index (FSFI)) distribué avant la chirurgie bariatrique puis lors des consultations de suivi à 3, 6 mois après la chirurgie bariatrique.

Compte-tenu de l'intrication de la qualité de vie sexuelle avec les domaines de la dépression et de l'estime de soi. Ces 2 domaines ont été également testés à l'aide d'auto-questionnaires validés (inventaire abrégé de Beck et échelle d'estime de soi de Rosenberg).

Les différents scores (score FSFI, Beck, Rosenberg) obtenus chez les patientes avant chirurgie et 3 et 6 mois après la chirurgie bariatrique ont été comparés entre eux et avec ceux des patientes du groupe contrôle.

Nous avons décidé de proposer les questionnaires à 3 mois au même moment que les consultations de suivi (chirurgie ou diététique) pour ne pas modifier le parcours de soins des patientes. Même si des consultations étaient prévues plus précocement (notamment à 1 mois), nous avons jugé cela trop proche de l'opération et nous avons voulu limiter les biais liés aux suites opératoires immédiates (douleurs abdominales, fatigue, vomissements éventuels...).

POPULATION DE L'ETUDE

Groupe des patientes

Sélection des patientes:

- Sexe féminin ;
- Agées entre 18 et 65 ans ;
- Dont l'indication de chirurgie bariatrique a été posé en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ;

- Sans pathologie psychiatrique non stabilisée (troubles cognitifs sévères, troubles du comportement alimentaire sévères, dépendance à l'alcool ou substances psycho-actives) ;
- En capacité de comprendre les questionnaires (Comprendre le français et capacités cognitives correctes).

Les questionnaires ont été proposés à toute patiente devant être opérée (et donc remplissant les conditions) au centre de prise en charge de l'obésité à l'Archet à Nice entre octobre 2015 et janvier 2016 quelque soit le chirurgien ou l'opération (bypass et sleeve).

Ont été exclus, les patientes bénéficiant d'une transformation d'anneau gastrique en Bypass ou de Sleeve en Bypass, ne nous permettant pas d'imputer l'intégralité des résultats à l'opération en cours.

Chaque patiente s'est vue remettre, par moi-même, une pochette contenant une note d'information (en plus de l'information orale initiale), un consentement libre et éclairé à signer, un questionnaire concernant les données démographiques ainsi que les 3 auto questionnaires.

Groupe des témoins

Le recrutement de la population témoin s'est fait par les réseaux sociaux. J'ai posté une annonce avec les conditions que devaient remplir les témoins à savoir :

- Sexe féminin
- Age entre 18 et 50 ans
- Absence de diabète, hypertension artérielle, arthrose, dyslipidémie, pathologie thyroïdienne, maladie auto-immune, rhumatisme inflammatoire ou de prise en charge actuelle d'un état dépressif ou d'une obésité.

Les personnes volontaires me contactaient en privé pour que je leur donne le lien vers le questionnaire à remplir en ligne. Afin de garantir l'anonymat des témoins (étant potentiellement des connaissances) j'ai retranscrits les 3 questionnaires les uns à la suite des autres en plus des données démographiques (âge, poids, taille, statut marital, statut professionnel, contraception et absence de contres indications citées plus haut) sur Googleforms.

Au total 46 femmes ont pu être recruté dans la population témoin.

MOYENS D'ÉVALUATION

Méthodes

Nous avons choisi une évaluation par auto questionnaire, à la fois par facilité et rapidité pour les patientes (et donc pour augmenter nos chances de réponses), mais aussi parce que avant tout nous recherchions le vécu des patientes. En effet il n'était pas ici question de diagnostiquer une dépression ou une dysfonction sexuelle mais plutôt l'impact de ce bouleversement physique sur les différentes dimensions psychique.

- **Inventaire abrégé de Beck** comprenant 13 items. C'est un auto-questionnaire évaluant les aspects subjectifs de la dépression. Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante du symptôme (de 0 à 3). Il faut tenir compte de la cote la plus forte choisie pour un même item. Le score peut aller de 0 à 39. Plus le score est élevé plus la dépression est importante. Selon Beck et Beamesderfer (1974), un score de 0 à 4 signifie une absence de dépression, de 4 à 7 une dépression légère, de 8 à 15 modérée et supérieure ou égale à 16 sévère. Elle ne peut à elle seule établir un diagnostic.
- **Echelle d'estime de soi de Rosenberg** (1965) : C'est un auto questionnaire qui permet d'effectuer une mesure unidimensionnelle de l'estime de soi globale d'un individu. Elle a été traduite et validée en Français par Vallières en 1990. Elle comprend 10 affirmations auxquelles les sujets doivent donner leur niveau d'accord sur une échelle de type Likert (échelle de jugement) en 4 points allant de 1 (tout à fait en désaccord) à 4 (tout à fait en accord). Le score total se situe entre 10 et 40.
- **Female sexual function index (FSFI)** est un auto questionnaire qui évalue la qualité de vie sexuelle des femmes. C'est le seul questionnaire validé scientifiquement qui explore de manière aussi complète les différents domaines de la sexualité (Rosen et al., 2000). Il a récemment été validé en français (Wylomanski et al. 2013). Il comprend 19 questions évaluant le *désir* (fréquence et intensité), *l'excitation* (fréquence, intensité, confiance et satisfaction), *l'orgasme* (fréquence, intensité, difficulté à obtenir), *la lubrification* (fréquence, difficulté à obtenir et à maintenir), *la satisfaction* (relation affective et sexuelle avec un partenaire) et *la douleur* (fréquence avant, pendant et après pénétration vaginale) lors d'activité sexuelle les 4 dernières semaines. Pour chaque domaine, il faut additionner les points et les multiplier par un facteur propre au domaine (par exemple le désir est évalué sur les questions 1 et 2, le facteur multiplicateur est ici 0.6). Le score global peut aller de 2 à 36. Un score global inférieur à 26.55 a été retenu pour définir une dysfonction sexuelle. (Wiegel and al., 2005)

Les données quantitatives ont été exprimées en moyenne +/- SEM.

Les données qualitatives ont été exprimées en pourcentage.

Les comparaisons faites pour les données quantitatives ont été faites à l'aide de tests non paramétriques (Test de Mann-Whitney) compte tenu des faibles effectifs dans certains groupes et de l'absence de normalité de certaines variables étudiées.

Les comparaisons faites pour les données qualitatives sont été faites à l'aide d'un test du Khi^2 .

L'ensemble des analyses statistiques a été faite à l'aide du logiciel NCSS 2007 (Kaysville, UT).

RESULTATS

La figure 1 présente la flow-chart des patientes contactées pour participer à l'étude

Nombre de patientes ayant eu les questionnaires pré opératoire : 43

- Femmes
- Entre 18 et 65 ans
- Eligibles à la chirurgie bariatrique

Non rendu 6
Refus 1

Nombre de patientes ayant rendues le questionnaire pré opératoire : 36

Non venue au rdv de suivi
Arrêt de suivi
Absence de réponses aux sollicitations

Nombre de patientes ayant répondu au questionnaire à 3 mois : 23

Absence de réponses aux sollicitations

Nombre de patientes ayant répondu au questionnaire à 6 mois : 20

Caractéristiques du groupe patientes et témoins

Paramètres	Groupe patientes n = 36	Groupe témoins n = 46
Age (ans)	36,6 +/- 12,9	31,7 +/- 6,3
IMC	41 +/- 6,6	22,5 +/- 3,6*
Activité professionnelle	66,7 %	97,8 %*
En couple	66,7 %	67,4 %
Contraception	38,9 %	63 %*
Diabétique	2,8 %	0 %
Hypertension artérielle	11,1 %	0 %
Dyslipidémie	11,1 %	0 %
Arthrose invalidante	47,2 %	0 %
Hypothyroïdie	8,3 %	0 %
Maladie chronique	19,4 %	0 %
Antécédents épisode dépressif	30,5 %	0 %
SAOS	17,4 %	0 %
* p < 0.05		

Il existe une différence importante entre les 2 groupes au niveau de l'activité professionnelle, en effet les témoins sont plus actifs (97,8%) que le groupe des patientes (66,7%).

Pour un pourcentage de femmes en couple similaire dans les 2 groupes, les témoins prennent presque 2 fois plus de contraception que les patientes.

Il existe une différence majeure évidente en ce qui concerne l'IMC.

Comparaison des scores témoins/patientes pré opératoire

	Patientes pré opératoire n = 36	Témoins n = 46
Age (ans)	36,6 +/- 12,9	31,7 +/- 6,3
FSFI	17 +/- 12	27 +/- 7,6 *
Score de Beck	8,4 +/- 6	4,9 +/- 4,8 *
Echelle de Rosenberg	30,2 +/- 6,5	31,9 +/- 5,7
* p < 0.05		

Il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes concernant l'âge.

Les analyses ont montré de manière significative une meilleure qualité de vie sexuelle et un score de dépression plus faible chez les témoins.

Il n'y a pas de différence entre l'estime de soi des patientes et des témoins.

Comparaison des scores d'évaluation (Beck, Rosenberg et FSFI) selon les paramètres qualitatifs chez les témoins

Au niveau statistique, aucun résultat n'a mis en évidence de manière significative une influence des paramètres qualitatifs (profession, statut marital et contraception) que ce soit sur la qualité de vie sexuelle, le score de dépression de Beck ou celui d'estime de soi de Rosenberg.

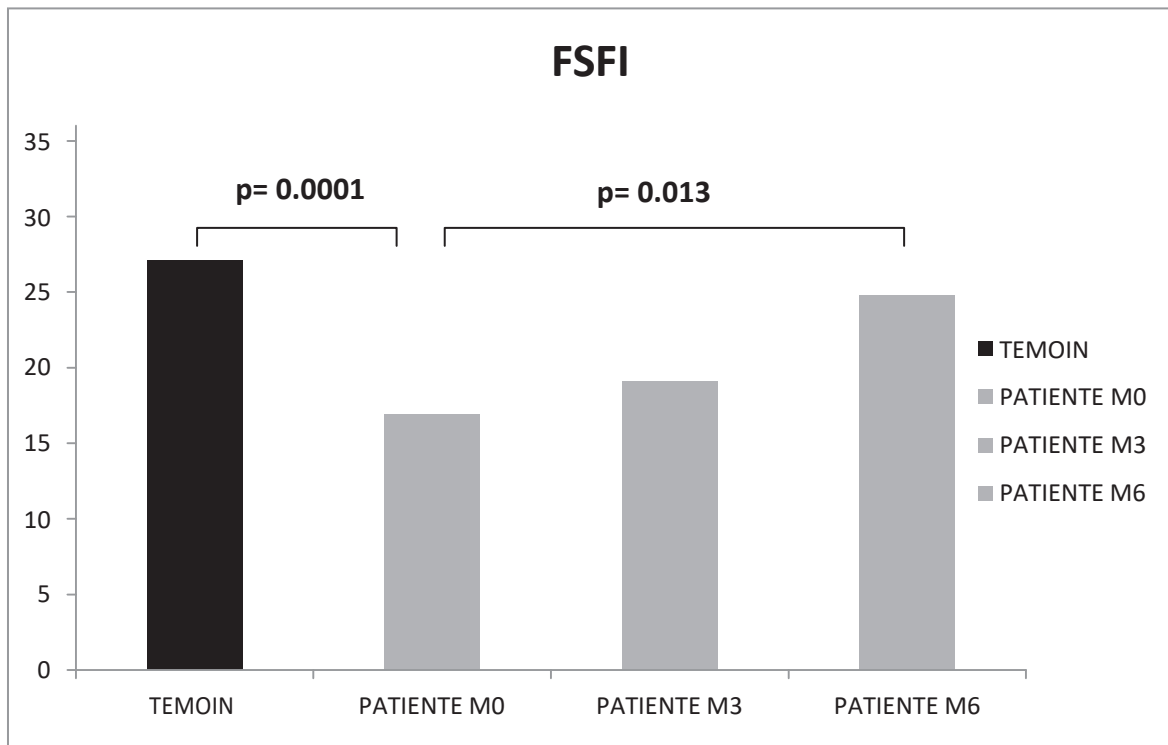
Notamment, le statut marital n'est pas corrélé avec une meilleure qualité de vie sexuelle.

Comparaison de l'IMC et des scores d'évaluation (Beck, Rosenberg et FSFI) selon les paramètres qualitatifs chez les patientes

On note de manière significative un IMC plus élevé chez les patientes inactives au niveau professionnel et chez celles présentant un SAOS.

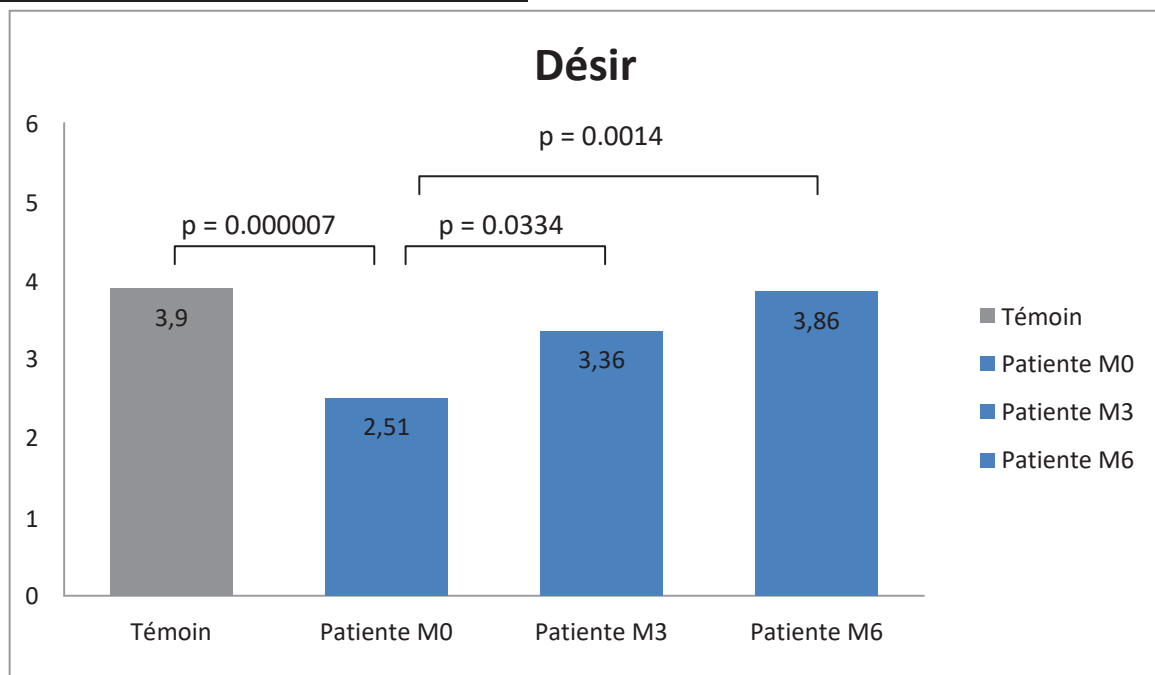
Concernant la qualité de vie sexuelle, elle est meilleure chez les patientes en couple et plus faible chez celles ayant présenté dans leur antécédent un épisode dépressif ou ayant été traité pour dépression.

Résultats concernant la qualité de vie sexuelle (FSFI)



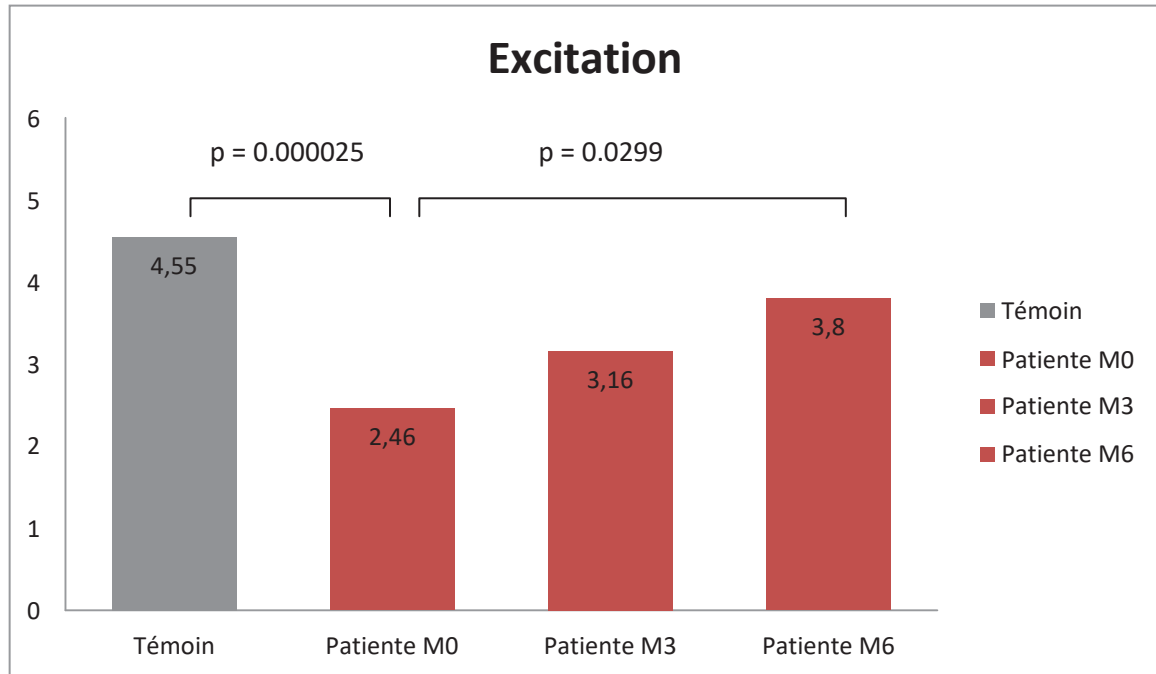
Le score FSFI est plus bas (16,9 contre 27,1 pour les témoins) initialement chez les obèses morbides et ce de manière significative malgré un pourcentage de femmes en couple similaire dans les 2 groupes. Il remonte après chirurgie à 3 mois (19,1) mais il faut attendre 6 mois (24,8) pour voir une amélioration significative de la qualité de vie sexuelle chez les patientes.

Résultats concernant le domaine du désir



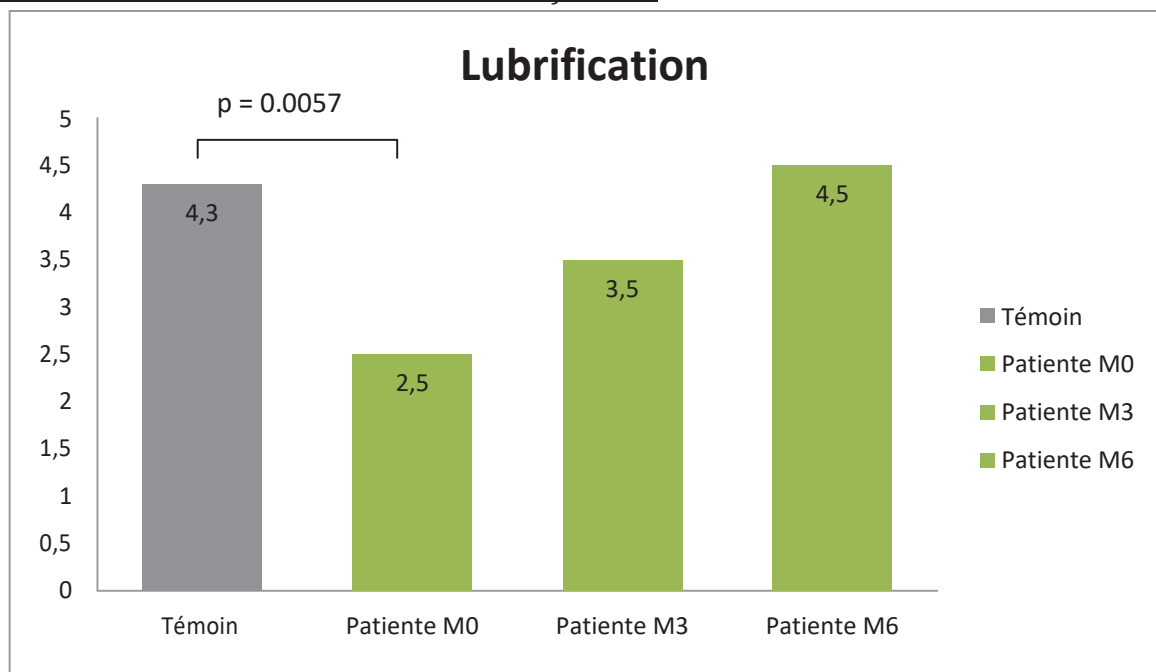
Les patientes en pré opératoire expriment beaucoup moins de désir que les témoins. Par la suite, et de manière significative ce désir s'améliore 3 mois après et encore plus 6 mois après l'opération.

Résultats concernant le domaine de l'excitation



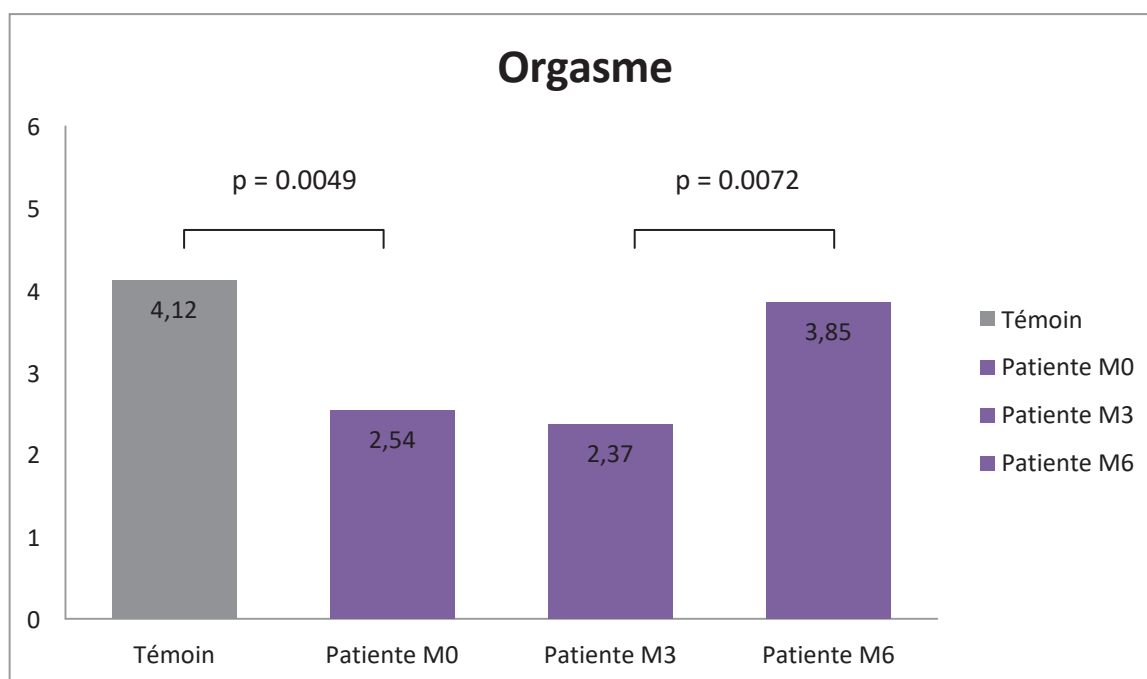
Dans le domaine de l'excitation les patientes présentent aussi un score plus bas que celui des témoins. Il faudra attendre 6 mois après l'opération pour voir une amélioration significative au sein du groupe des patientes.

Résultats concernant le domaine de la lubrification



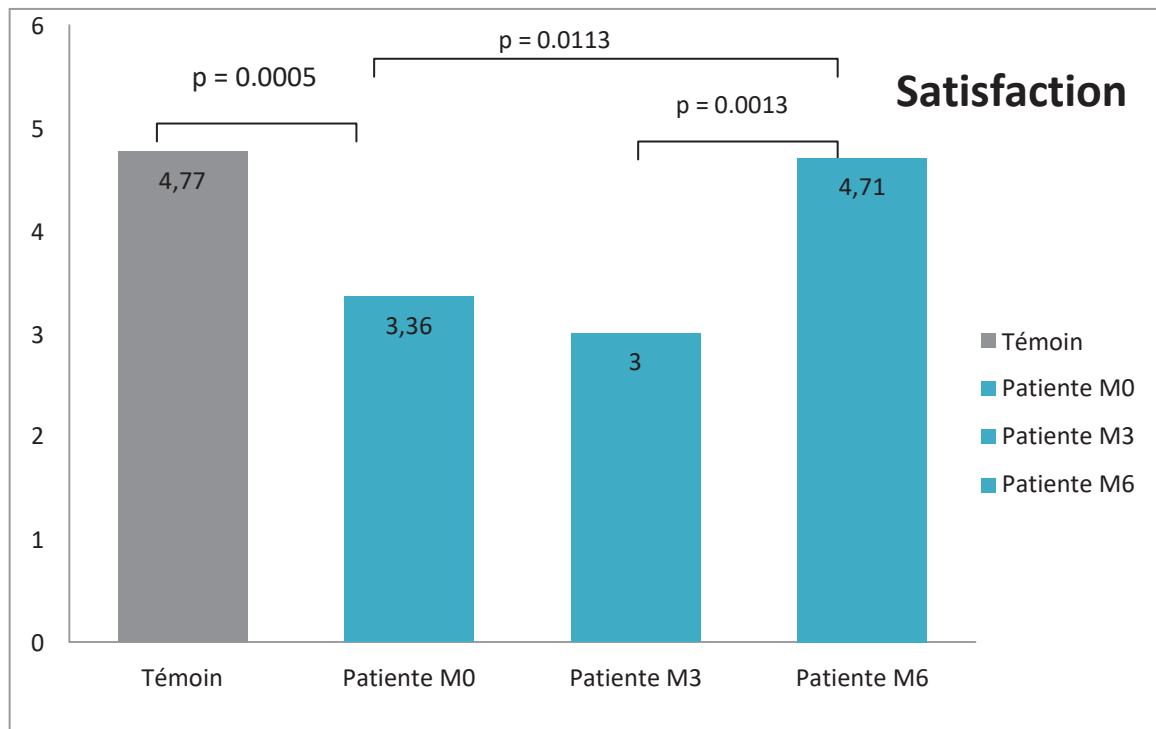
Les patientes présentent une qualité de lubrification significativement moindre que le groupe témoin. Aucune amélioration significative n'a pu être mise en évidence au sujet de l'amélioration dans ce domaine en post opératoire.

Résultats concernant le domaine de l'orgasme



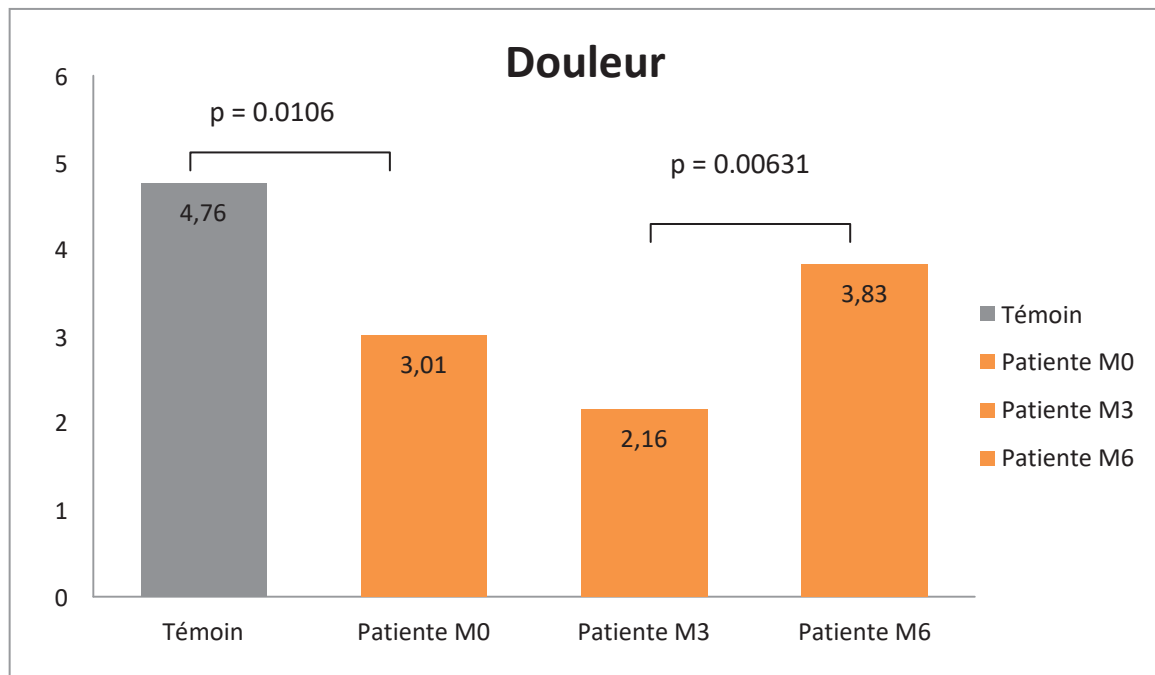
Les patientes en pré opératoire ont significativement moins d'orgasme et/ou en sont moins satisfaites que le groupe témoin. Ce score s'améliore en post opératoire mais elle n'est significative qu'entre 3 et 6 mois.

Résultats concernant le domaine de la satisfaction



Les patientes sont plus insatisfaites en ce qui concerne leur vie sexuelle générale et leur vie de couple que le groupe témoin. Cette satisfaction s'améliore significativement déjà à 3 mois de l'opération et d'autant plus à 6 mois.

Résultats concernant le domaine de la douleur

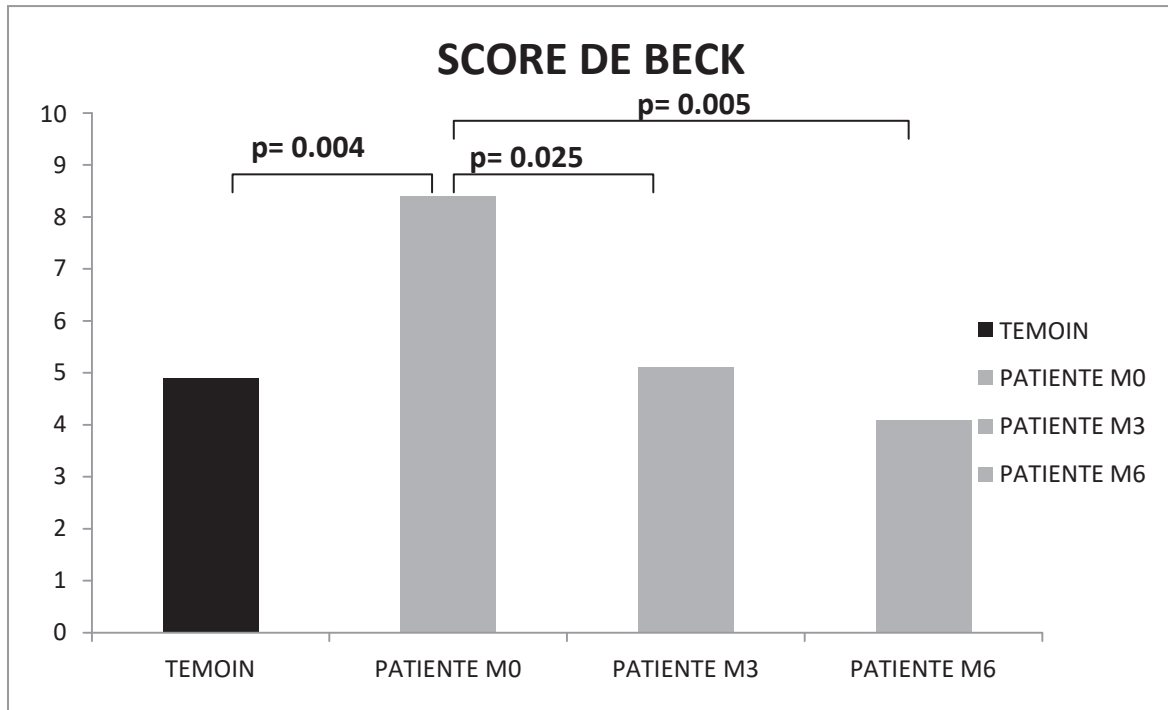


Les patientes en pré opératoire ressentent significativement plus de douleur que le groupe témoin ou présentent moins de rapports sexuels. Ce score ne s'améliore en post opératoire qu'entre 3 et 6 mois.

Dans tous les domaines de la sexualité, la différence entre les patientes en pré opératoire et le groupe témoin est significative.

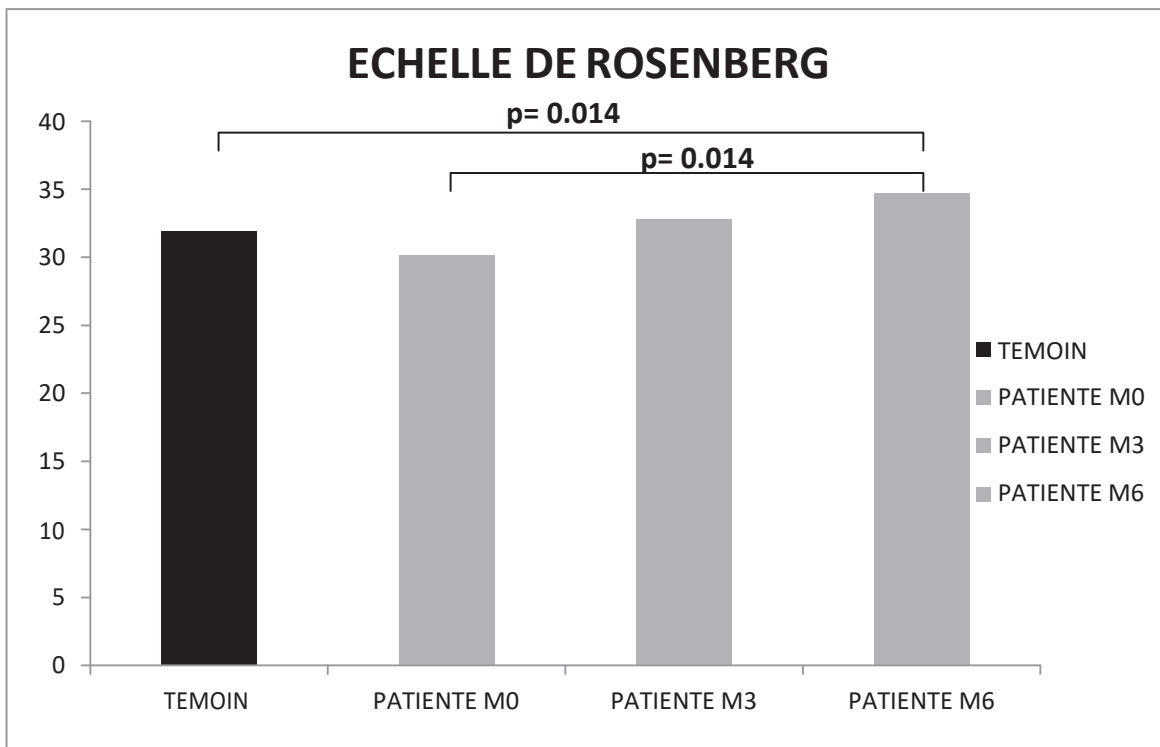
Pour les patientes, tous les domaines s'améliorent significativement à 6 mois sauf dans le domaine de la lubrification.

Résultats concernant la dépression (Beck)



Initialement les patientes (8,4) ont un score de dépression significativement plus sévère que les témoins (4,9). L'amélioration à 3 mois de l'opération (5,1) puis à 6 mois (4,1) est à chaque fois significative.

Résultats concernant l'estime de soi (Rosenberg)



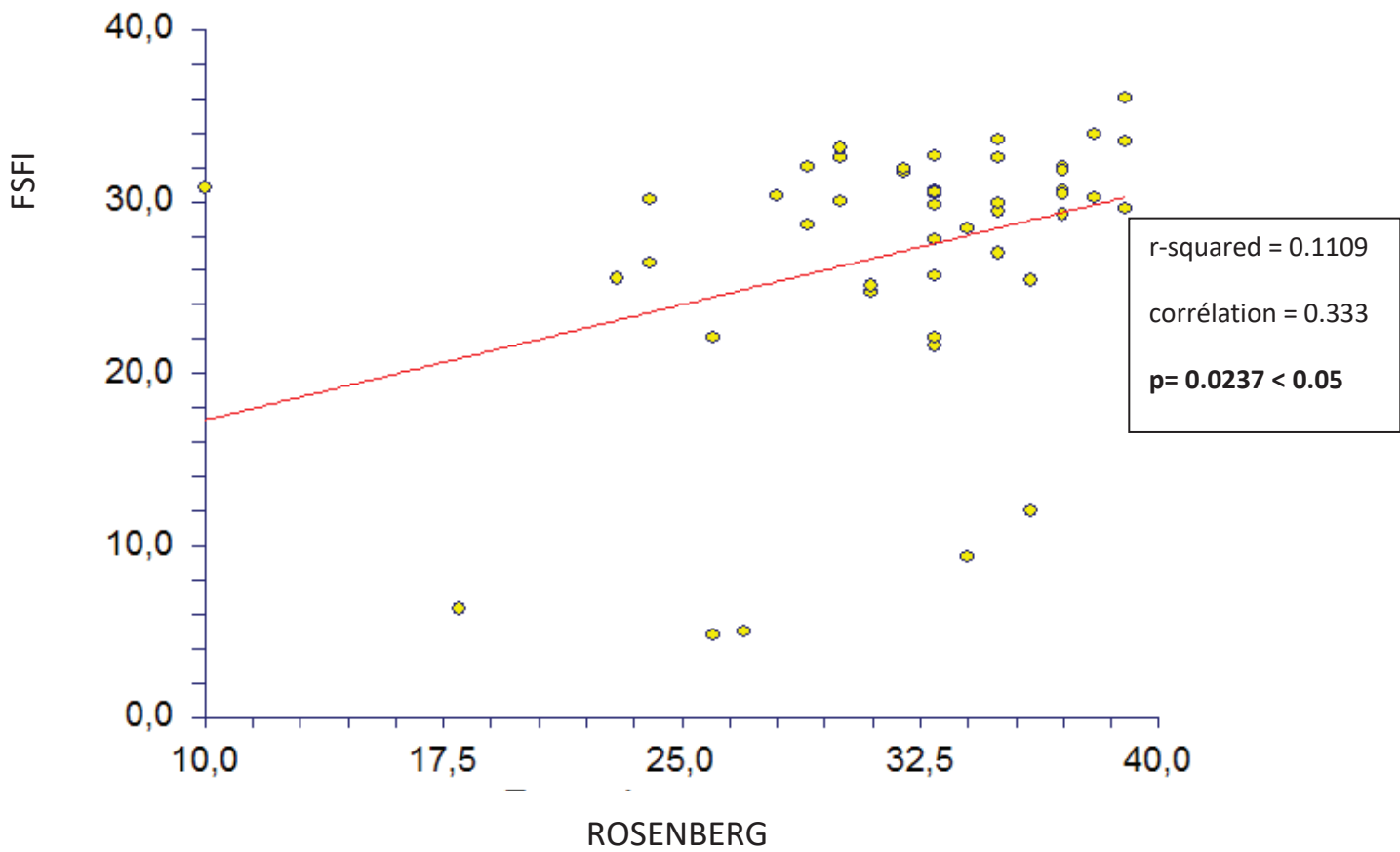
Il n'y a pas de différences significatives entre les témoins et les patientes en pré opératoire ou à 3 mois, ni entre les patientes pré opératoire et à 3 mois entre elles.

Pour les patientes l'estime de soi s'est renforcée de manière significative 6 mois après l'opération jusqu'à dépasser celui des témoins.

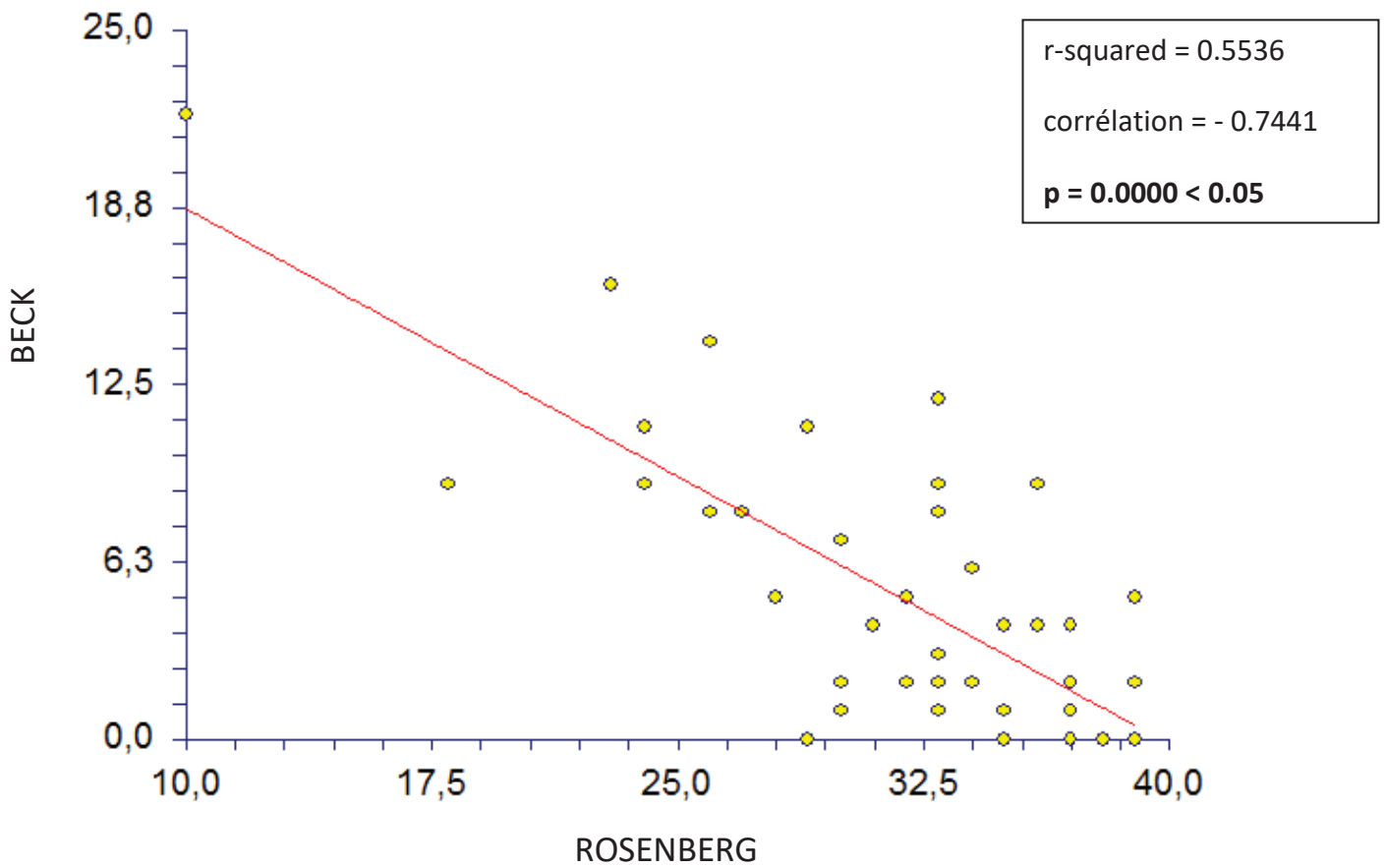
Tableau récapitulatif de l'évolution des scores

	Pré opératoire n = 36	M3 n = 23	M6 n = 20
IMC	41 +/- 6,6	33,7 +/- 5,02*	29,2 +/- 5,2*
FSFI	17 +/- 12	19,7 +/- 14,1	24,8 +/- 12,7*
Score de Beck	8,4 +/- 6	5,1 +/- 4,6*	4,1 +/- 4,5*
Echelle de Rosenberg	30,2 +/- 6,5	32,8 +/- 8,1	34,7 +/- 6,5*
* p<0.05			

Etude de corrélation entre les différents scores chez les témoins



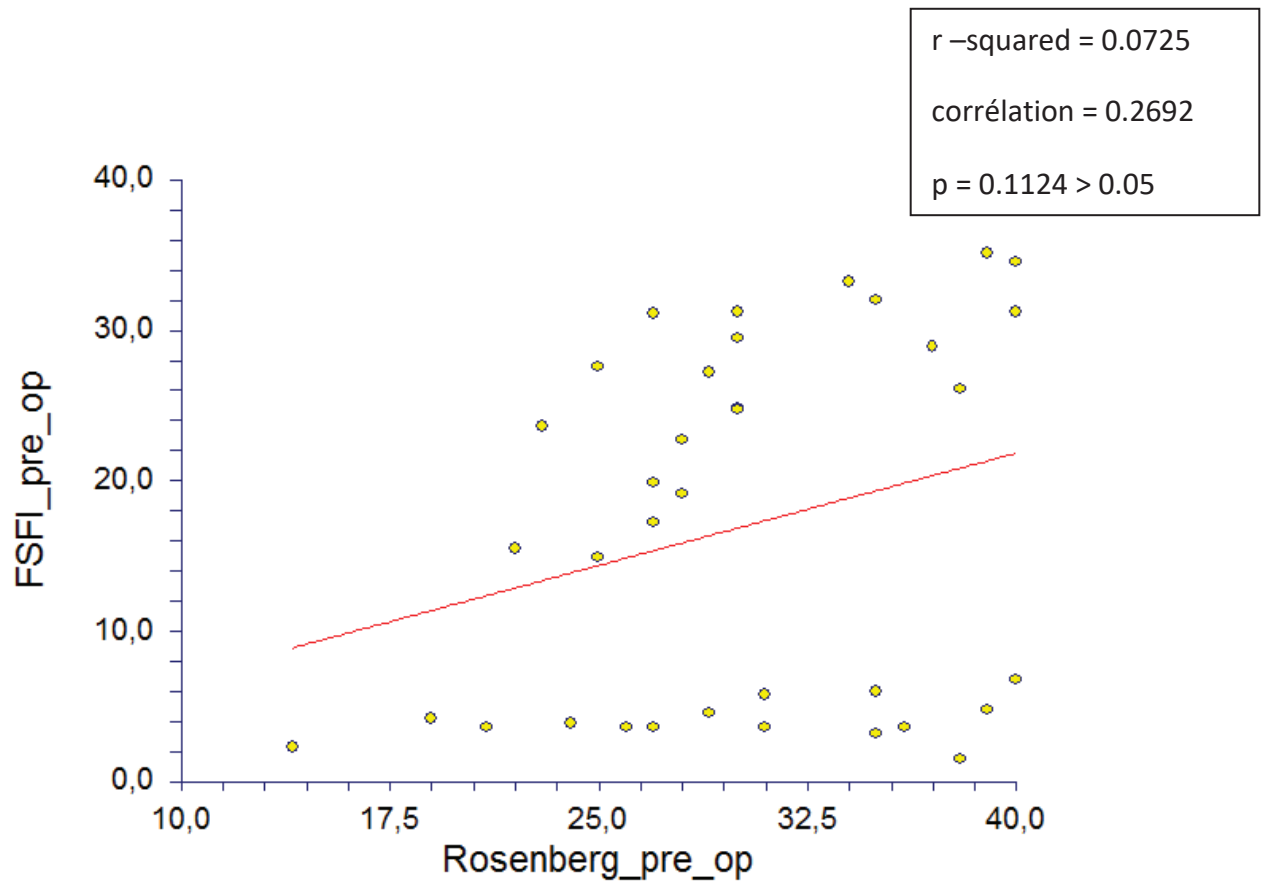
Chez les témoins le score de qualité de vie sexuelle est corrélé de manière positive et significative au score d'estime de soi ; autrement dit plus l'estime de soi est élevée meilleure est la qualité de vie sexuelle.



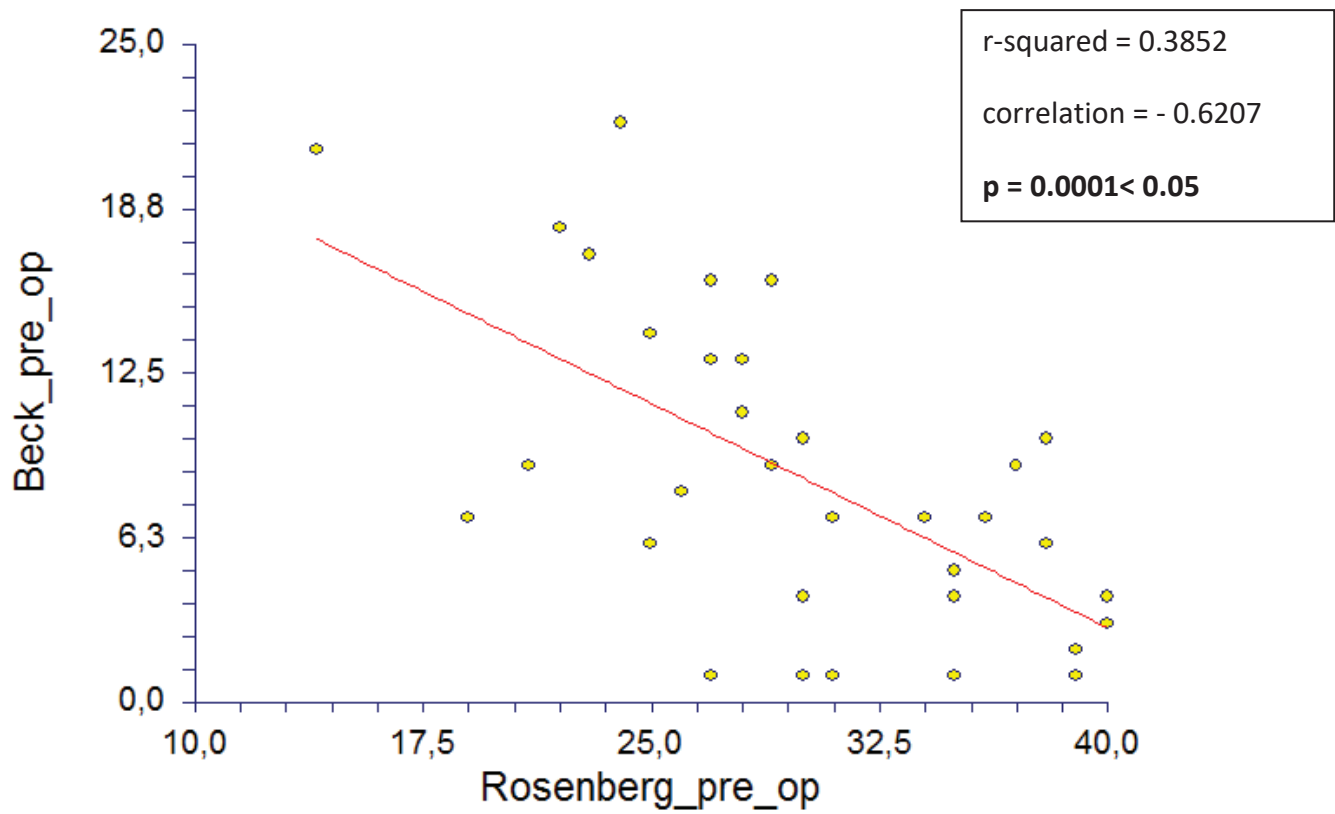
Chez les témoins le score de dépression de Beck est corrélé de manière significative et inverse au score d'estime de soi ; autrement dit plus l'estime de soi est élevée, plus le score de Beck est bas et donc moins le sujet est déprimé.

Etude de corrélation entre les différents scores chez les patientes

En pré opératoire (M0)

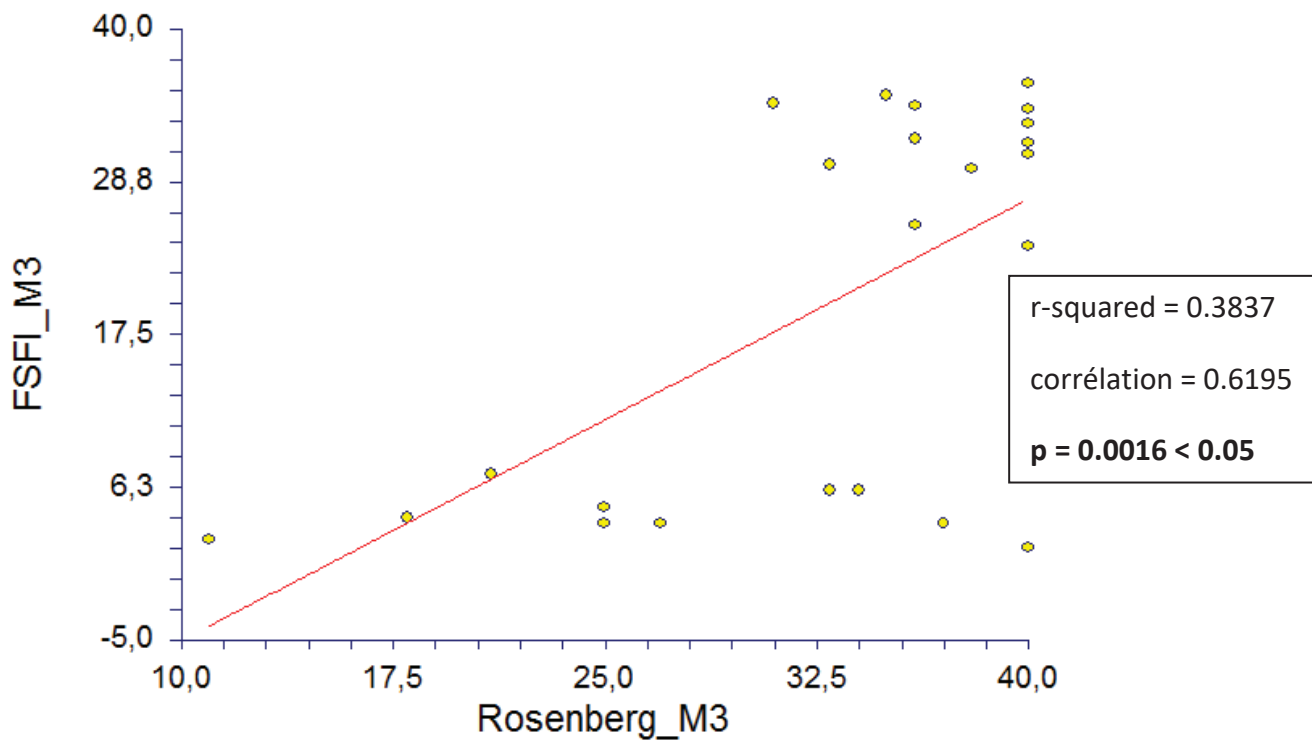


Il n'existe pas de corrélation significative entre la qualité de vie sexuelle et l'estime de soi des patientes avant l'opération.

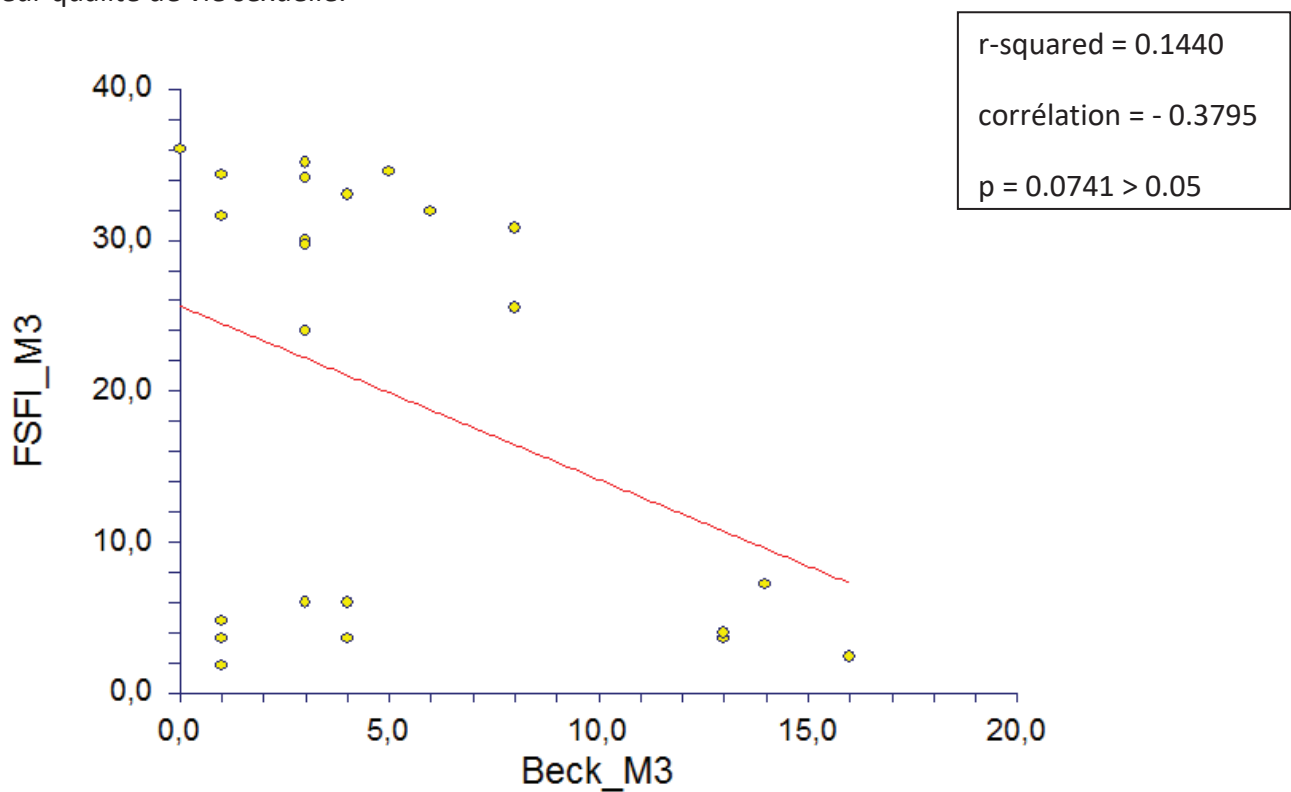


Par contre il existe, au temps pré opératoire, une corrélation significative et inverse entre le score de dépression et celui d'estime de soi ; autrement dit plus l'estime de soi était élevée plus le score de Beck était bas et donc moins la patiente était déprimée.

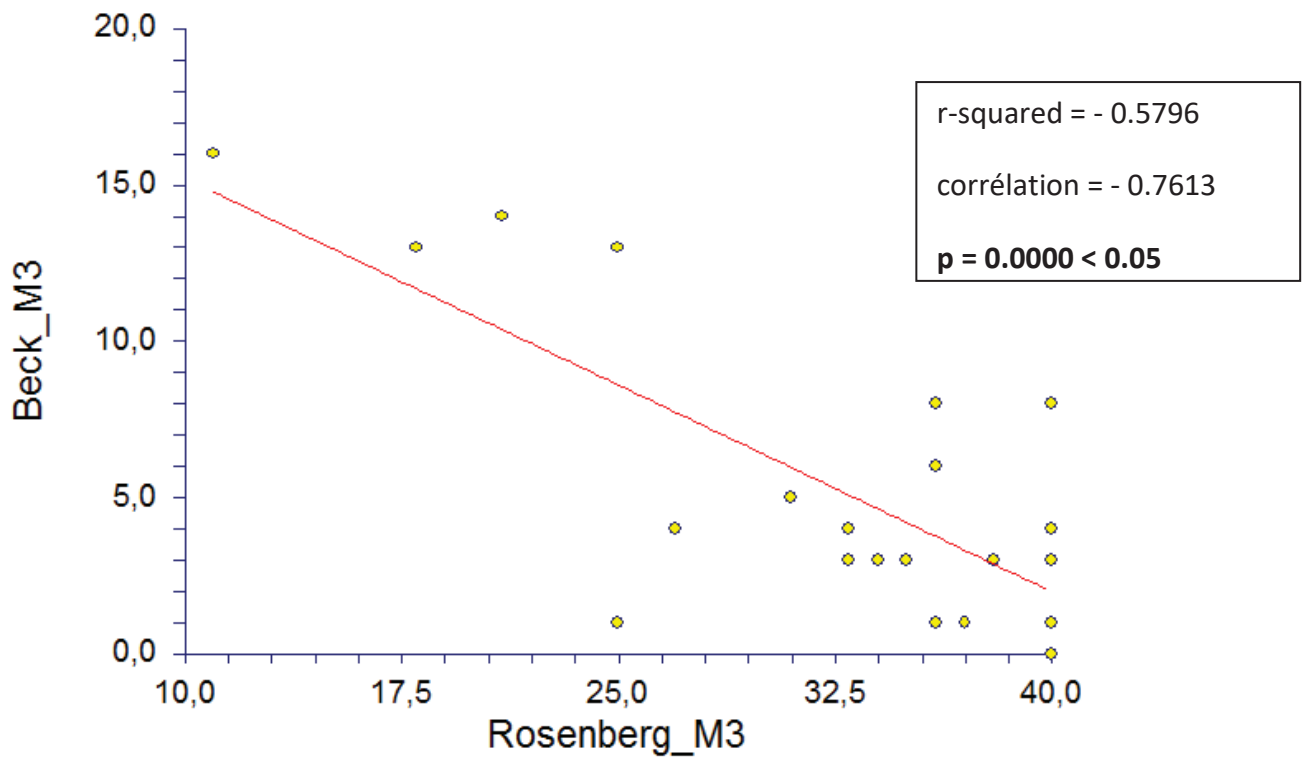
3 mois post opératoire (M3)



A 3 mois il existe une corrélation positive et significative entre la qualité de vie sexuelle des patientes et leur estime de soi ; autrement dit plus l'estime de soi était élevée, meilleure était leur qualité de vie sexuelle.

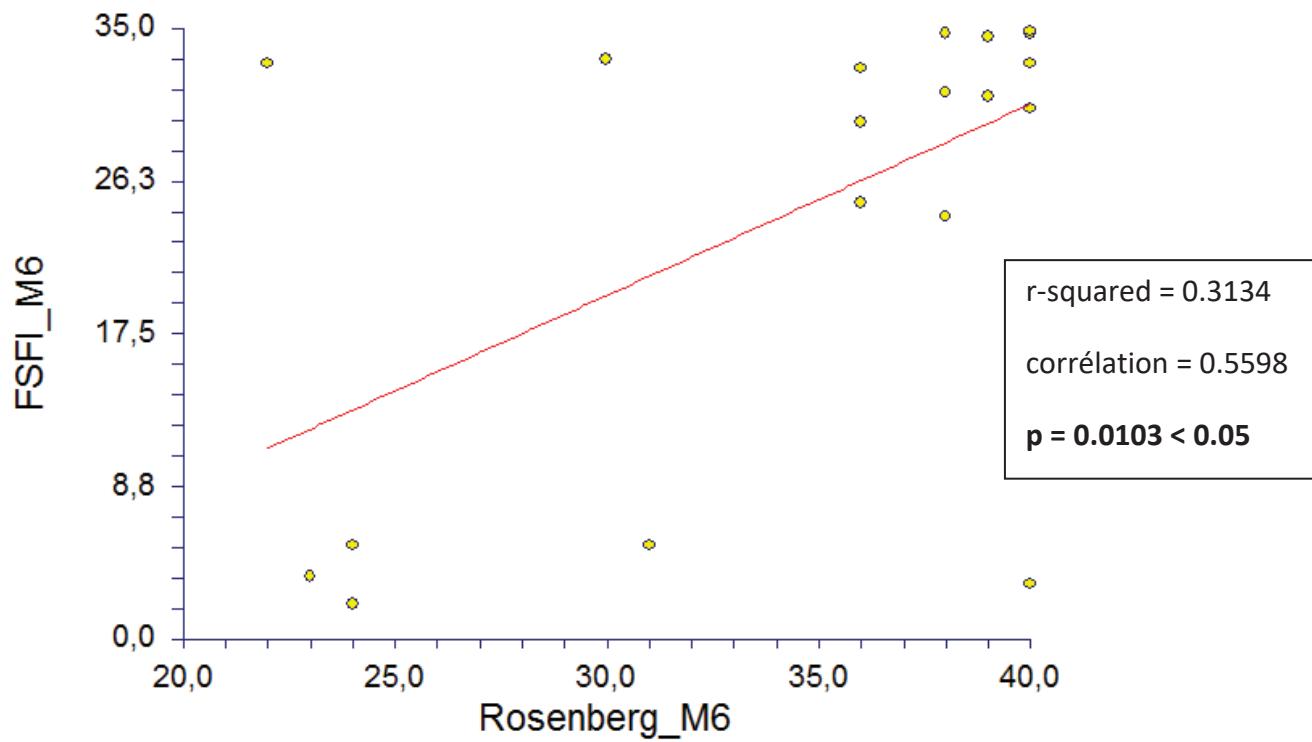


Il n'existe pas de corrélation significative entre la qualité de vie sexuelle des patientes et leur moral à 3 mois de l'opération.

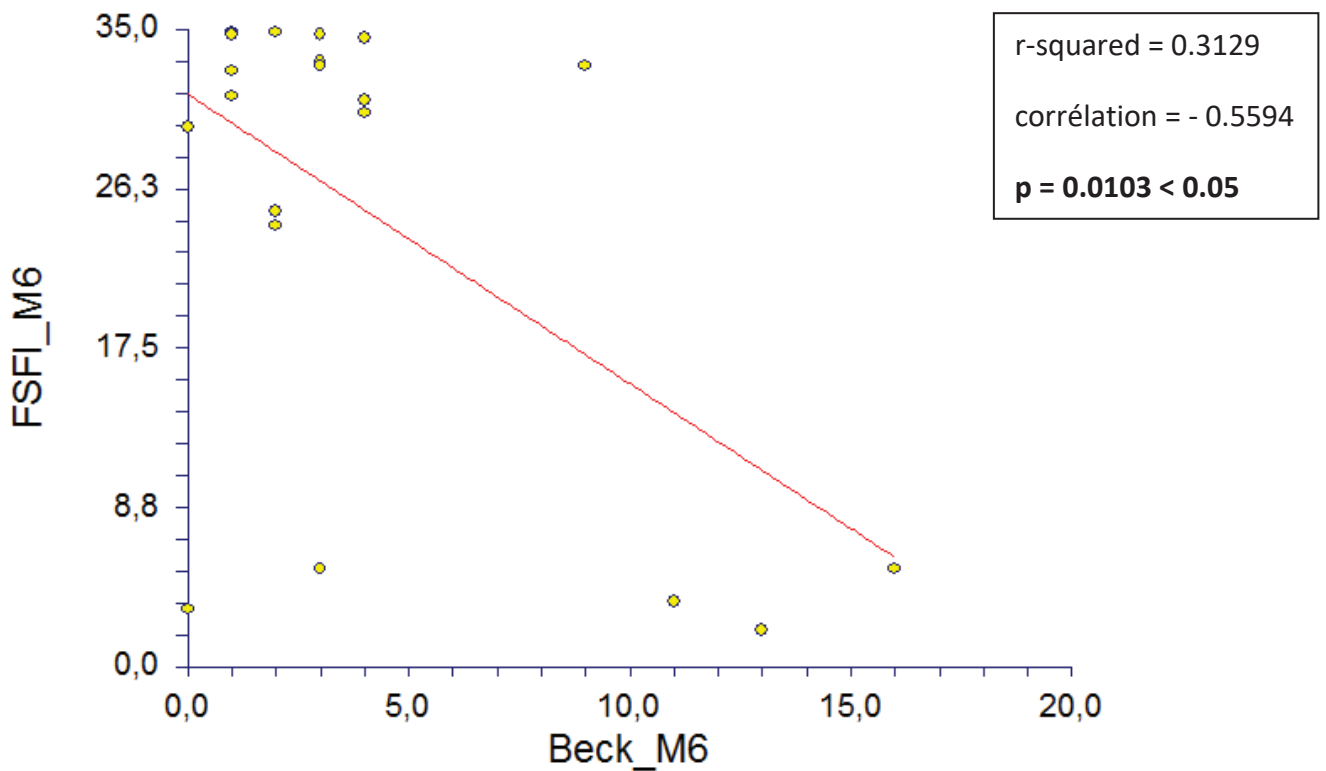


Par contre il se maintient une corrélation significative et inverse entre le score de dépression et l'estime de soi ; autrement dit, 3 mois après l'opération plus les patientes avaient une bonne estime d'elle-même plus le score de Beck était faible et donc moins elles étaient déprimées.

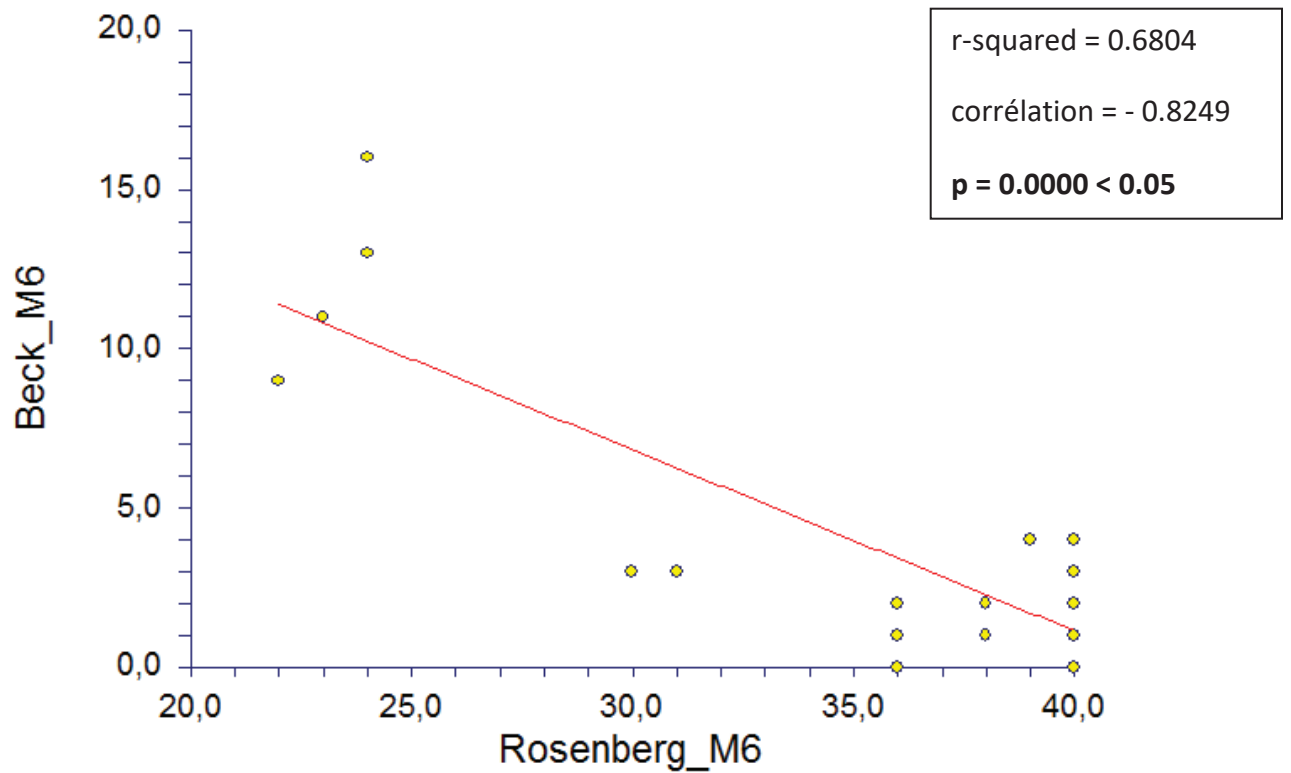
6 mois post opératoire (M6)



A 6 mois la corrélation positive et significative qui existait entre la qualité de vie sexuelle des patientes et leur estime de soi se maintient; plus l'estime de soi était élevée, meilleure est leur qualité de vie sexuelle.



A 6 mois apparaît la corrélation significative et inverse en la qualité de vie sexuelle des patientes et le score de dépression ; autrement dit, moins elles sont déprimées (score de Beck bas) meilleure est leur qualité de vie sexuelle.



La corrélation significative et inverse qui existait entre le score de dépression et l'estime de soi à 3 mois se poursuit à 6 mois ; plus les patientes ont une bonne estime d'elle-même plus le score de Beck est faible et donc moins elles sont déprimées.

DISCUSSION

Intérêts

Quelques études avaient mis en avant l'amélioration de la qualité de vie sexuelle des femmes après une perte de poids par chirurgie bariatrique. En 1996 Camps et al. avaient montré que les rapports sexuels, les orgasmes et l'image corporelle étaient améliorés un an après l'opération pour la patiente et son partenaire dans un échantillon de 28 cas. De même, dans une autre enquête de 82 patients, la majorité (63%) ont déclaré trouver des rapports sexuels plus agréables à ≥ 1 an après l'opération. (Kinzl et al., 2001). Enfin, d'autres études ont montré une amélioration de la sexualité post opératoire chez des femmes dans le contexte de la qualité de vie globale (Kolotkin et al. en 2009, Dziurawicz-Kozłowska et al. en 2005). Aucune de ces études n'a utilisé de questionnaire spécifique validé pour la sexualité des femmes. Un des points forts de notre étude est l'utilisation du score FSFI, seul questionnaire actuellement validé (Rosen et al., 2000) pour l'évaluation de la sexualité chez la femme.

Bond et al. (2006 et 2011) utilise le FSFI dans leur étude mais la comparaison pré et post opératoire se fait sur groupe de patientes différentes. Seuls Assimakopoulos et al. (2006 et 2011) font une enquête prospective et associent au FSFI la Hospital Anxiety and Depression Scale. Le caractère prospectif et longitudinal de notre étude est un autre point fort.

Synthèse des résultats

Les principaux résultats retrouvés dans ce travail concernent dans un premier temps le groupe de patientes obèses morbides candidates à la chirurgie bariatrique. La principale comorbidité associée est l'arthrose invalidante (47,2%), vient ensuite les antécédents d'épisode dépressif (30,5%) alors que selon Carpenter et al. en 2000, la prévalence dans la population générale de la dépression chez la femme est de 10% et peut aller jusqu'à 14% dans une population d'obèses. Elles déclarent initialement une détérioration de leur qualité de vie sexuelle et un score de dépression modéré. Ce score de dépression semble corrélé significativement avec l'estime de soi. Toutes les dimensions s'améliorent significativement à l'évaluation 6 mois après l'intervention, une meilleure estime de soi sera associée à une meilleure qualité de vie sexuelle et à un score de dépression plus bas. La corrélation entre estime de soi et score de dépression pré opératoire se maintient tout le long de l'étude.

En comparaison avec le groupe témoin, nos patientes, malgré une situation maritale presque identique, prennent moitié moins de contraception (38,9% contre 63%). Ce constat est en accord avec l'étude française sur la sexualité de Bajos N. en 2006. Elles sont également

beaucoup moins nombreuses à travailler (66,7% contre 97,8%), en lien peut être avec un biais de sélection des témoins. Leur qualité de vie sexuelle est moins bonne et leur score de dépression plus sévère.

Mise en perspective avec les travaux antérieurs

Etat des lieux de la sexualité dans le groupe de patientes obèses morbides

En effet, les patientes obèses morbides en attente de chirurgie bariatrique présentent une détérioration de leur qualité de vie sexuelle (FSFI = 17 +/- 12) et ce dans tous les domaines (désir, excitation, lubrification, satisfaction, orgasme et douleur).

Dans l'étude de Bond et al., en 2006, le FSFI avait été administré à 102 patientes en attente de chirurgie bariatrique. Le score total pré opératoire était de 24,6 +/- 6,4 ce qui est bien supérieur à celui retrouvé dans notre population. Une des raisons pouvant expliquer cette différence réside dans la sélection des patientes ; en effet, les auteurs avaient sélectionné uniquement des femmes ayant déclaré des rapports sexuels le mois précédent. Cela excluait donc la réponse « aucun rapport sexuel » côté à zéro dans plusieurs questions.

Contrairement à l'étude d'Assimakopoulos et al. en 2006, qui n'avait pas fait cette sélection et qui retrouvait des résultats plus proches des nôtres avec une qualité de vie sexuelle détériorée (21,3 +/- 11,9) dans tous les domaines (population de 60 femmes obèses en attente de chirurgie bariatrique).

En ce qui concerne la comparaison à la population témoin, nos résultats sont en accord avec les études précédemment citées, à savoir une meilleure qualité de vie sexuelle dans le groupe témoin et dans tous les domaines.

Evolution de la sexualité après intervention chirurgicale

Au sein de la population de patientes, la qualité de vie sexuelle s'est améliorée significativement au bout de 6 mois après l'opération. Dans la littérature les résultats divergent mais sont globalement en accord avec une amélioration de la qualité de vie sexuelle des femmes après opération.

Dans l'étude transversale de Janik et al. en 2015, celle-ci ne montre pas d'amélioration de la qualité de vie sexuelle des patientes opérées entre 12 à 18 mois après. Seulement cette étude a recruté des patientes différentes en pré et post opératoire et avec un petit effectif (21 dans le groupe pré opératoire et 28 dans l'autre). Malgré un appariement, la question de la comparabilité peut se poser, au vue de la subjectivité du questionnaire. On sait à quel point les déterminants de la sexualité peuvent être nombreux, sur un effectif aussi réduit il semble compliquer de conclure.

Bond et al. en 2011, font une nouvelle étude pour évaluer la qualité de vie sexuelle des femmes après chirurgie bariatrique. Ils retrouvent chez 54 patientes une amélioration

significative à 6 mois du score total FSFI ce qui concorde avec nos résultats. La sélection des patientes était la même que dans leur première étude, à savoir uniquement des patientes sexuellement actives, pouvant expliquer un meilleur résultat dans ce groupe. Il exclut donc des patientes potentiellement sans rapport sexuel depuis 4 semaines (mais ayant une vie de couple, évaluée dans le domaine de la satisfaction) et pour qui l'opération a permis de recouvrer une sexualité plus épanouie.

Assimakopoulos et al. en 2011 ont également étudié la qualité de vie sexuelle après chirurgie bariatrique, ils retrouvent également une amélioration significative du FSFI chez 59 patientes avant et un an après l'opération. Seul le domaine de l'orgasme n'a pas été amélioré significativement.

La réticence des patientes à parler de sexualité et leurs connaissances limitées voire erronées en la matière montrent que le tabou est toujours là. Il a été difficile d'aller au-delà de questions basiques (telle que la fréquence des rapports sexuels) au risque d'être vécu comme intrusive. Cependant lorsque la confiance s'installe, il a été possible d'observer à quel point la sexualité était importante pour ces femmes.

Nos patientes relèveront une meilleure confiance en elles, une plus grande assurance permettant à celles qui n'étaient pas en couple de faire des rencontres. Pour celles déjà en couple, le regard du partenaire, entre autre a permis d'améliorer les relations.

Dépression

Notre étude retrouve un score de Beck supérieur à 8 en pré opératoire signant une dépression modérée dans le groupe des patientes. Score plus sévère que les témoins (4,9) et s'améliorant significativement 3 mois et 6 mois après l'intervention (4,1). Ces résultats sont concordants avec ceux trouvés par Dymek et al. en 2002 qui a donné, entre autre, le questionnaire de Beck à 4 groupes de patients. Un groupe en pré opératoire (n=80), un groupe 2-4 semaines après l'opération (n=60), un groupe 6 mois après (n=93) et un groupe 1 an après (n=83). Chaque groupe était composé d'au moins trois quart de femmes. Des différences significatives et positives ont été trouvées entre le temps pré opératoire, 2-4 semaines post opératoire et 6 mois post opératoire mais pas à un an. Les scores de dépression étaient cependant plus sévères dans leur étude mais il est difficile de les comparer. En effet, chaque groupe était composé de patients différents avec un IMC initial plus sévère. De plus, malgré la grande proportion de femmes, les groupes étaient mixtes.

L'amélioration du moral semble être en lien initialement avec une amélioration des capacités physiques malgré une alimentation atypique et contraignante.

Estime de soi

Il n'existait pas de différence significative entre les patientes avant l'intervention et les témoins. Il faudra attendre 6 mois après l'intervention avant de voir une amélioration significative chez les patientes. Tout comme dans l'étude de Dymek citée précédemment, qui avait adjoint au questionnaire de Beck et à celui de la qualité de vie l'échelle d'estime de

soi de Rosenberg. Une différence significative a été montrée entre les groupes pré opératoire/2-4 semaines/6 mois post opératoire mais pas avec celui à 1 an. L'estime de soi de nos patientes s'améliore à 6 mois et il est surprenant de voir qu'elle dépasse même significativement celle des témoins. Il faut cependant rester prudent face à de tels résultats, l'effectif n'est pas important et l'amélioration très sensible.

Nous n'avons pas retrouvé d'études étudiant les corrélations entre ces dimensions, encore moins d'un point de vu évolutif. Notre étude semble montrer que ces dimensions sont liées, avec comme élément central l'image corporelle des patientes aboutissant à une modification de la représentation de soi.

Des femmes avec un IMC dans la « norme » présentent des scores dans la moyenne. Les patientes qui tendent à se rapprocher d'un poids normal avec un IMC moyen a 29,1 à 6 mois de l'opération présentent des scores qui se rapprochent voir même dépassent ceux des témoins. Derrière l'amélioration suite à la perte de poids se cache peut être le reflet de la pression sociale. Quand « obésité » ne va pas sans « maladie », la stigmatisation et les préjugés sont inévitables. Les conséquences sont dramatiques avec une dévalorisation et une culpabilité importante. « Les obèses sont trop gros parce qu'ils mangent trop ». A cela s'ajoute toutes les campagnes de prévention de l'obésité qui laissent à penser à la population et particulièrement ceux concernés que l'obésité n'est liée qu'à l'alimentation.

Analyse des limites de l'étude

L'étude est limitée par la taille de son échantillon, en effet limitée à la fois par le temps et les moyens (nécessité de me déplacer sur l'archet plusieurs fois par semaine pour le recrutement puis au moment des rendez-vous post opératoire) un nombre restreint de patientes a été recruté. De plus, la difficulté à suivre les patientes a encore plus diminué l'échantillon.

En effet sur 43 patientes rencontrées, une refusera de répondre gênée par le questionnaire sur la sexualité (« le sexe c'est mon mari et moi ça se passe bien je ne vois pas ce qu'on peut dire de plus ») et 6 sortiront d'hospitalisation sans me les avoir rendu.

Sur ces 36 patientes, j'arriverais à revoir et évaluer de nouveau 23 patientes à 3 mois et 20 patientes à 6 mois.

Cette difficulté à suivre les patientes n'est pas isolée ; l'académie de chirurgie, suite a une réunion d'expert avec la SOFFCO (société française et francophone de chirurgie de l'obésité et maladies métaboliques), a fait le constat que près de 50% des patients sont perdus de vue par les professionnels de santé après 2 ans malgré des recommandations fermes en la matière.

Concernant les témoins il existe un biais de sélection. En effet, en utilisant mon compte personnel pour recruter les témoins il est légitime de se poser la question de la

représentativité de cet échantillon. Cela peut expliquer la forte proportion (quasi-totalité) des témoins ayant une activité professionnelle, ayant dans mes contacts essentiellement des femmes de mon âge ou de mon milieu socioprofessionnel. Pour élargir les réponses et varier les profils, le message a été véhiculé par des connaissances à leurs propres connaissances. Pour assurer une meilleure fiabilité des réponses et éliminer au mieux l'impact de la gêne occasionnée par certaines questions personnelles (notamment sur la sexualité) les questionnaires ont été remplis de manière anonyme. Malgré les efforts entrepris pour limiter ce biais, on ne peut nier son existence.

La manière dont les questionnaires ont été remplis peut également représenter un biais étant donné que les témoins l'ont fait sur internet. Les témoins ont-ils remplis les questionnaires avec sérieux ? Les patientes ont-elles été impressionnées ou gênées par le fait d'avoir un interlocuteur à qui rendre les questionnaires (malgré le fait que ce soient des auto-questionnaires) ? Par la nécessité d'anonymat des témoins et la nécessité du suivi des patientes dans le cadre de cette enquête prospective, le recueil de données ne pouvait être identique.

Perspectives de l'étude

L'émergence du concept d'image corporelle au centre des modifications à la fois du moral, de l'estime de soi et de la relation intime à l'autre dans la sexualité laisse à penser qu'une étude complémentaire incluant cette variable serait intéressante.

Il est indispensable de compléter ce type d'étude car malgré l'intérêt récent porté au sujet, il semble difficile d'aboutir à des travaux complets et de longue durée en lien avec les difficultés de suivi.

Il pourrait être envisagé d'inclure dans le suivi, une consultation psychiatrique/psychologique post opératoire systématique afin de déterminer la pertinence d'un accompagnement sur le plus long terme. De plus, par la reprise rapide des relations sexuelles après opération et l'intérêt que les patientes portent au sujet, une prise en charge sexologique (évaluation ponctuelle ou suivi) a tout aussi son intérêt. Seule la multiplication d'études sur les mécanismes psychologiques sous-jacents en jeu lors d'une chirurgie bariatrique devrait permettre d'envisager un consensus d'expert, il semble donc nécessaire d'envisager d'autres études prospectives avec de plus grands effectifs et une durée de suivi plus importante.

Envisager la création d'une association de patients opérés de chirurgie bariatrique, comme cela se fait dans d'autres centres, pourrait être un élément favorable à l'amélioration du suivi post opératoire et pourrait proposer des groupes de parole, des interventions sur des sujets précis par des spécialistes (reconstruction après chirurgie, sexualité ...) ou des temps d'échanges entre patients opérés et futurs opérés. Toutes les patientes interrogées à ce sujet y sont favorables.

CONCLUSION

Les premiers résultats sont intéressants et encourageants, montrant un effet bénéfique de la chirurgie bariatrique. Non seulement la qualité de vie sexuelle, le moral et l'estime de soi des patientes s'améliorent après l'opération mais également, grâce à la comparaison à un groupe témoin, ces scores tendent à rejoindre voire à dépasser (uniquement pour l'estime de soi) ceux des témoins.

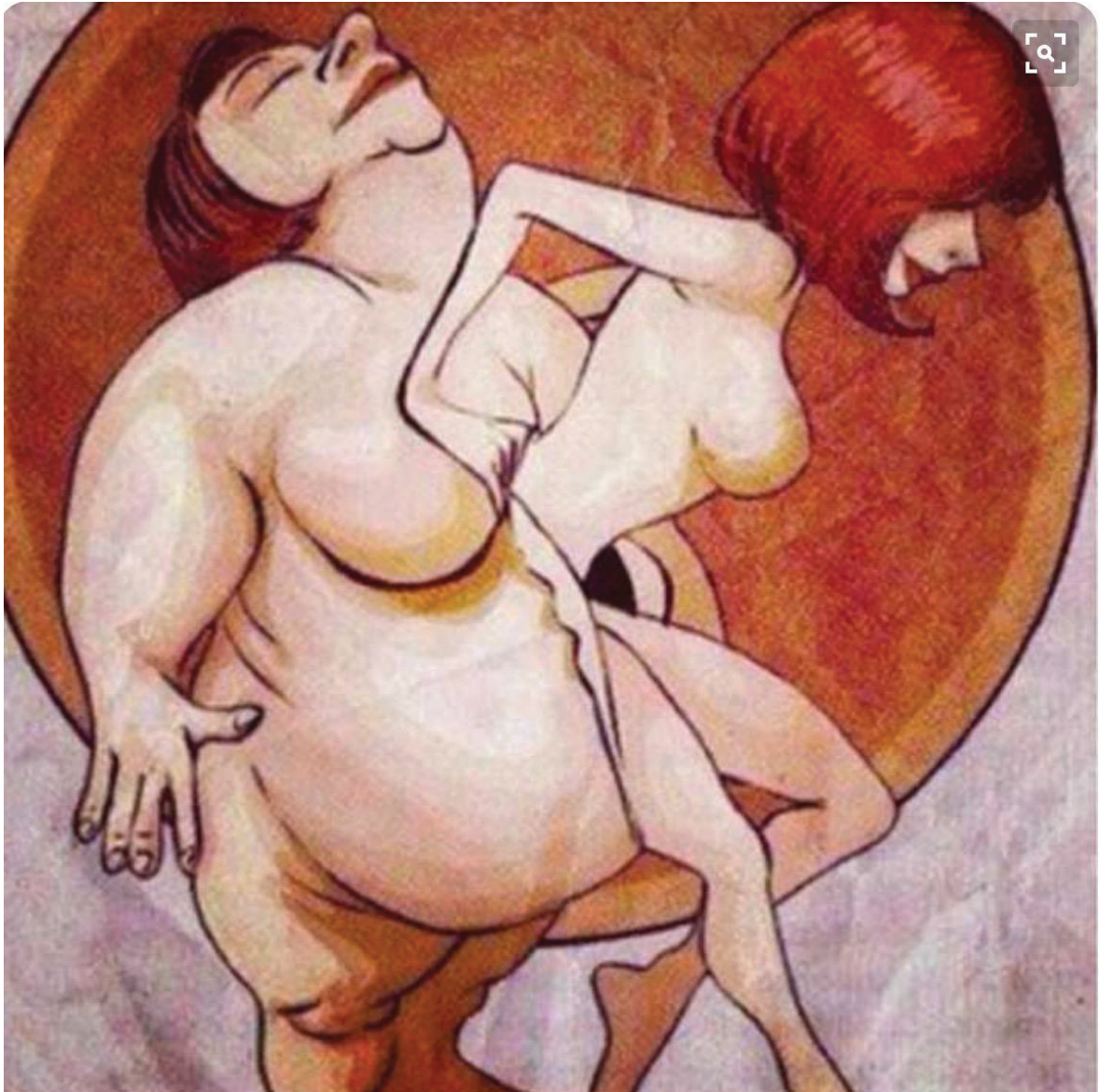
Une chose a été retrouvée chez la plupart de ces patientes, à la fois point commun et différence entre chacune, c'est l'existence d'évènements de vie traumatisants dans l'enfance. Evènements ayant entraîné des mécanismes de défense et entretenu les problèmes par rapport à la nourriture. Nourriture devenue à la fois refuge et source de culpabilité via les images véhiculées par les médias sur des « normes ».

L'étude présentée ici n'est que l'ébauche d'un travail qui mérite d'être poursuivi. Les difficultés rencontrées montrent l'importance d'une cohésion dans la prise en charge pour éviter la confusion des patientes et leur égarement. L'amélioration de la collaboration entre somaticiens et psychiatres semble essentielle.

La chirurgie bariatrique est une solution à double tranchant. A la fois indispensable d'un point de vue physique, elle est psychologiquement risquée. Dans un monde où la santé est devenue objet de consommation, l'opération peut être vécue comme « baguette magique ». Elle peut tout simplement être vécue comme n'importe quelle chirurgie thérapeutique, avec une maladie qu'on opère et qu'on soigne tant la survie de l'individu est primordiale. Or, si les kilos s'en vont très rapidement et que les comorbidités s'améliorent, les traumatismes et leurs mécanismes de défense sont toujours bien présents, mis à nu et ils peuvent à long terme entraîner de nombreuses conséquences. Pour le moment, les résultats ont montré globalement un « mieux être », mais il a pu être observé chez certaines patientes déjà à 6 mois, l'apparition de nouvelles difficultés ou plutôt une réapparition des difficultés présentes avant l'opération.

La demande est là mais qu'en est-il de l'offre ? L'enjeu est important et le nombre croissant de patients opérés de chirurgie bariatrique pose la question de l'organisation des soins, du nombre de thérapeutes et de leur formation. Qui pourrait assurer ce suivi et comment ?

Comment pourrait-on aider ces patientes à s'épanouir dans leur transformation tant physique que psychique afin qu'elles trouvent un compromis entre idéal et réalité ?



ABREVIATIONS

APA : Activité Physique Adaptée

BVAQ : Bermond Vorst Alexithymia Questionnaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

DEBQ : Dutch Eating Behavior Questionnaire

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FSFI : Female Sexual Function Index

HADS : Hospital Anxiety Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

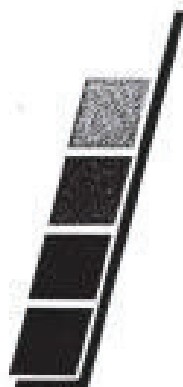
SAOS : Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil

SOFFCO : Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et maladies métaboliques

SOPK : Syndrome des Ovaires Poly Kystiques

TAS : Toronto alexithymia Scale

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires



INVENTAIRE ABRÉGÉ DE DÉPRESSION DE BECK (13 ITEMS)

J. COTTRAUX

INTRODUCTION

La version abrégée de l'inventaire de dépression de Beck est une mesure destinée à permettre aux généralistes et aux chercheurs d'effectuer une évaluation rapide de la dépression.

MODE DE PASSATION

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation. Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie. Il peut entourer, dans une série, plusieurs numéros si plusieurs propositions lui conviennent.

COTATION

Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme : de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 items. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée plus le sujet est déprimé.

APPLICATIONS

Il s'agit d'une mesure des cognitions dépressives. Cette échelle est destinée à évaluer les aspects subjectifs de la dépression. Elle complète l'échelle de dépression de Hamilton ou la MADRS qui sont principalement des échelles d'évaluation des composantes somatiques de la dépression. Il est recommandé de respecter un intervalle de temps d'au moins huit jours entre deux passations de cet inventaire.

INTÉRÊTS-LIMITES

L'inventaire abrégé de dépression de Beck est la mesure subjective de dépression la plus utilisée. Il est certain qu'une investigation clinique, et d'autres instruments, peuvent apporter des données plus approfondies concernant un état dépressif.

Elle permet d'alerter le clinicien qui utilise les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer (1974) :

- 0-4 : pas de dépression
- 4-7 : dépression légère
- 8-15 : dépression modérée
- 16 et plus : dépression sévère

Cependant son pouvoir de discrimination de l'intensité de la dépression a été discuté. Dans l'étude de Lempérière et al., (1984) la comparaison des différents instruments d'évaluation a montré que la capacité du questionnaire de Beck à discriminer, entre 7 stades de gravité, apparaît inférieure à l'échelle d'Hamilton et la MADRS.

Malgré sa corrélation très élevée avec l'inventaire de Beck à 21 items, elle ne l'a pas remplacé dans les recherches en psychothérapie cognitive. Elle est plus souvent utilisée en psychopharmacologie, en médecine générale et en épidémiologie.

En dépit de ces réserves, il s'agit d'un instrument bien accepté par les patients et facile à administrer du fait de sa brièveté.

Instructions

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

A.	Je ne me sens pas triste.	0
	Je me sens cafardeux ou triste.	1
	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir.	2
	Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter.	3
B.	Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir.	0
	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.	1
	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.	2
	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.	3
C.	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.	0
	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.	1
	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.	2
	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants).	3
D.	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.	0
	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.	1
	Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.	2
	Je suis mécontent de tout.	3
E.	Je ne me sens pas coupable.	0
	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.	1
	Je me sens coupable.	2
	Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vauds rien.	3

F.	Je ne suis pas déçu par moi-même.	0
	Je suis déçu par moi-même.	1
	Je me dégoûte moi-même.	2
	Je me hais.	3
G.	Je ne pense pas à me faire du mal.	0
	Je pense que la mort me libérerait.	1
	J'ai des plans précis pour me suicider.	2
	Si je le pouvais, je me tuerais.	3
H.	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
	Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux.	2
	J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	3
I.	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	0
	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	1
	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	2
	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3
J.	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.	0
	J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	1
	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux.	2
	J'ai l'impression d'être laid et repoussant.	3
K.	Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	0
	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	1
	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
L.	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.	0
	Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	1
	Faire quoi que ce soit me fatigue.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
M.	Mon appétit est toujours aussi bon.	0
	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	1
	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	2
	Je n'ai plus du tout d'appétit.	3

IRBMS

Institut Régional du Bien-être,
de la Médecine et du Sport Santé

WWW.PSYCHOLOGIEDUSPORTIF.FR
WWW.IRBMS.COM - NORD-PAS-DE-CALAIS

Rubrique : Echelle d'Evaluation

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Par Nathalie Crépin et Florence Delerue

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi. L'estime de soi est un facteur essentiel dans la performance sportive. (Voir article : « encore une erreur d'arbitrage ou comment maintenir une estime de soi positive... »)

En répondant à ce test, vous pourrez ainsi obtenir une évaluation de votre estime de soi.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre			1-2-3-4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			1-2-3-4
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté			1-2-3-4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens			1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.			1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.			1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			1-2-3-4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même			1-2-3-4
9. Parfois je me sens vraiment inutile.			1-2-3-4
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			1-2-3-4

Annexe 1 : Version française du questionnaire FSFI

Questionnaire sur l'activité sexuelle chez la femme (French version of the FSFI)

Instructions: les questions suivantes portent sur vos sentiments et vos réactions sur le plan sexuel au cours des 4 dernières semaines. Veuillez répondre à ces questions aussi sincèrement que possible. Vos réponses resteront strictement confidentielles. Lorsque vous répondrez aux questions, tenez compte des définitions suivantes :

L'activité sexuelle peut comprendre les caresses, les préliminaires, la masturbation, et la pénétration vaginale.

Le rapport sexuel se définit comme la pénétration (l'introduction) du pénis.

La stimulation sexuelle comprend, par exemple, les préliminaires avec un partenaire, la masturbation et les fantasmes sexuels.

Ne cochez qu'une seule réponse par question

Le désir sexuel est un sentiment qui comprend le désir d'avoir une activité sexuelle, le fait d'être réceptive aux avances sexuelles d'un partenaire et d'avoir des pensées ou des fantasmes à propos de l'acte sexuel.

1. Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous ressenti un désir sexuel ?

Presque toujours ou toujours	5
La plupart du temps (plus de la moitié du temps)	4
Parfois (environ la moitié du temps)	3
Rarement (moins de la moitié du temps)	2
Presque jamais ou jamais	1

2. Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de désir sexuel ?

Très élevé	5
Elevé	4
Moyen	3
Faible	2
Très faible ou inexistant	1

L'excitation sexuelle est une sensation qui comprend à la fois des aspects physiques et psychologiques. Elle peut comprendre des sensations de chaleur ou de picotement au niveau des organes génitaux, la lubrification (humidité) du vagin ou des contractions musculaires.

3. Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes vous sentie excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle	0
Presque toujours ou toujours	5
La plupart du temps (plus de la moitié du temps)	4
Parfois (environ la moitié du temps)	3
Rarement (moins de la moitié du temps)	2
Presque jamais ou jamais	1

4. Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) d'excitation sexuelle pendant une activité ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle		0
Très élevé		5
Elevé		4
Moyen		3
Faible		2
Très faible ou inexistant		1

5. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous sentie sûre de votre capacité à être excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle		0
Extrêmement sûre		5
Très sûre		4
Moyennement sûre		3
Peu sûre		2
Très peu sûre ou pas sûre du tout		1

6. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été satisfaite de votre degré d'excitation pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle		0
Presque toujours ou toujours		5
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)		4
Parfois (environ une fois sur deux)		3
Rarement (moins d'une fois sur deux)		2
Presque jamais ou jamais		1

7. Au cours des 4 dernières semaines, votre vagin était-il lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle		0
Presque toujours ou toujours		5
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)		4
Parfois (environ une fois sur deux)		3
Rarement (moins d'une fois sur deux)		2
Presque jamais ou jamais		1

8. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile d'avoir le vagin lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle		0
Extrêmement difficile ou impossible		1
Très difficile		2
Difficile		3
Légèrement difficile		4
Pas difficile		5

9. Au cours des 4 dernières semaines, la lubrification (humidité) de votre vagin a-t-elle duré jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle		0
Presque toujours ou toujours		5
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)		4
Parfois (environ une fois sur deux)		3
Rarement (moins d'une fois sur deux)		2
Presque jamais ou jamais		1

10. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile de conserver la lubrification (humidité) de votre vagin jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle		0
Extrêmement difficile ou impossible		1
Très difficile		2
Difficile		3
Légèrement difficile		4
Pas difficile		5

11. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, avez-vous atteint l'orgasme ?

Aucune activité sexuelle		0
Presque toujours ou toujours		5
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)		4
Parfois (environ une fois sur deux)		3
Rarement (moins d'une fois sur deux)		2
Presque jamais ou jamais		1

12. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez eu un rapport sexuel, à quel point vous a-t-il été difficile d'atteindre l'orgasme ?

Aucune activité sexuelle		0
Extrêmement difficile ou impossible		1
Très difficile		2
Difficile		3
Légèrement difficile		4
Pas difficile		5

13. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle		0
Très satisfaite		5
Moyennement satisfaite		4
Ni satisfaite, ni insatisfaite		3
Moyennement insatisfaite		2
Très insatisfaite		1

14. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation affective avec votre partenaire pendant une activité sexuelle ?

Aucune activité sexuelle		0
Très satisfaite		5
Moyennement satisfaite		4
Ni satisfaite, ni insatisfaite		3
Moyennement insatisfaite		2
Très insatisfaite		1

15. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?

Très satisfaite		5
Moyennement satisfaite		4
Ni satisfaite, ni insatisfaite		3
Moyennement insatisfaite		2
Très insatisfaite		1

16. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle en général ?

Très satisfaite		5
Moyennement satisfaite		4
Ni satisfaite, ni insatisfaite		3
Moyennement insatisfaite		2
Très insatisfaite		1

17. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur pendant la pénétration vaginale ?

Je n'ai pas eu de rapport sexuel		0
Presque toujours ou toujours		1
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)		2
Parfois (environ une fois sur deux)		3
Rarement (moins d'une fois sur deux)		4
Presque jamais ou jamais		5

18. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur après la pénétration vaginale ?

Je n'ai pas eu de rapport sexuel		0
Presque toujours ou toujours		1
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)		2
Parfois (environ une fois sur deux)		3
Rarement (moins d'une fois sur deux)		4
Presque jamais ou jamais		5

19. Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de gêne ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale ?

Je n'ai pas eu de rapport sexuel		0
Très élevé		1
Elevé		2
Moyen		3
Faible		4
Très faible ou inexistant		5

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

BIBLIOGRAPHIE

Ackard DM, Kearney-Cooke A, Peterson CB. Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors. *Int J Eat Disord*. 2000 Dec;28(4):422–9.

Ailhaud G. Adipose tissue as an endocrine organ. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000 Jun;24 Suppl 2:S1-3.

Anzieu. *Le moi-peau*. Bordas, Paris, 1985.

Anzieu D, Chabert C. *Les méthodes projectives*. Paris : PUF, 1983 ; (9e édition mise à jour 1992)

Apfeldorfer G. La psychologie de l'obèse : causes et conséquences. *Concours Med* 1996 ; 118 : 132-4 ; -3.

Assimakopoulos K, Karaivazoglou K, Panayiotopoulos S, Hyphantis T, Iconomou G, Kalfarentzos F. Bariatric surgery is associated with reduced depressive symptoms and better sexual function in obese female patients: a one-year follow-up study. *Obes Surg*. 2011 Mar;21(3):362–6.

Assimakopoulos K, Panayiotopoulos S, Iconomou G, Karaivazoglou K, Matzaroglou C, Vagenas K, et al. Assessing Sexual Function in Obese Women Preparing for Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*. 2006 Aug 1;16(8):1087–91.

Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994 Jan;38(1):23–32.

Bajos N, Bozon M, Godelier M. *Enquête sur la sexualité en France*. Paris: La Découverte; 2008.

Basdevant A. L'obésité : origines et conséquences d'une épidémie. *Comptes Rendus Biologies*. 2006 Aug;329(8):562–9.

Berdah C. Obésité et troubles psychopathologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2010 Apr;168(3):184–90.

Bermond B., VORST H. (1994) *De Bremond-Vorst Alexithymia Vrajenlijst* :

Berrington de Gonzalez A, Hartge P, Cerhan JR, Flint AJ, Hannan L, MacInnis RJ, et al. Body-Mass Index and Mortality among 1.46 Million White Adults. *New England Journal of Medicine*. 2010 Dec 2;363(23):2211–9.

Berthoz S. (2000) Psychologie clinique et expérimentale de l'alexithymie. Etude psychométrique, électrophysiologique et anatomo-fonctionnelle. Thèse de Neurosciences. Université de Paris VI.

Bond, D.S., Vithiananthan, S., Leahey, T.M., Thomas, J.G., Sax, H.C., Pohl, D., Ryder, B.A., Roye, G.D., Giovanni, J., and Wing, R.R. (2009). Prevalence and degree of sexual dysfunction in a sample of women seeking bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 5, 698–704.

Bond, D.S., Wing, R.R., Vithiananthan, S., Sax, H.C., Roye, G.D., Ryder, B.A., Pohl, D., and Giovanni, J. (2011). Significant resolution of female sexual dysfunction after bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 7, 1–7.

Bouchard C, Tremblay A, Després J-P, Nadeau A, Lupien PJ, Thériault G, et al. The Response to Long-Term Overfeeding in Identical Twins. *New England Journal of Medicine*. 1990 May 24;322(21):1477–82.

Bray GA. Health hazards of obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 1996 Dec;25(4):907–19.

Bretault M, Carlier A, Barsamian C, Carette C, Lévy R, Bouillot J-L, et al. Obésité, chirurgie bariatrique et fertilité. *La Revue de Médecine Interne*. 2016 Jan;37(1):1–4.

Bruch H. Obesity in childhood and personality development. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1941;11(3):467–74.

Buchwald, H., Estok, R., Fahrenbach, K., Banel, D., Jensen, M.D., Pories, W.J., Bantle, J.P., and Sledge, I. (2009). Weight and Type 2 Diabetes after Bariatric Surgery: Systematic Review and Meta-analysis. *The American Journal of Medicine* 122, 248–256.e5.

Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrenbach K, et al. Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2004 Oct 13;292(14):1724.

Buchwald H, Oien DM. Metabolic/Bariatric Surgery Worldwide 2011. *Obesity Surgery*. 2013 Apr;23(4):427–36.

Cameron AJ, Magliano DJ, Dunstan DW, Zimmet PZ, Hesketh K, Peeters A, et al. A bi-directional relationship between obesity and health-related quality of life: evidence from the longitudinal AusDiab study. *International Journal of Obesity*. 2012 Feb;36(2):295–303.

Camps MA, Zervos E, Goode S, Rosemurgy AS. Impact of Bariatric Surgery on Body Image Perception and Sexuality in Morbidly Obese Patients and their Partners. *Obesity Surgery*. 1996 Aug 1;6(4):356–60.

Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health*. 2000 Feb;90(2):251–7.

Chow YW, Pietranico R, Mukerji A. Studies of oxygen binding energy to hemoglobin molecule. *Biochem Biophys Res Commun*. 1975 Oct 27;66(4):1424–31.

Claudon P, Roché-Bauchet G, Guirkingier B, Lighezzolo-Alnot J, Ziegler O. Représentation de soi et vécu de l'espace corporel chez des sujets obèses sévères en attente de chirurgie bariatrique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2012 Nov;170(9):628–35.

Clerici M, Papa R, Basile R, Invernizzi G. [The experience of the corporal self and the Rorschach test in severe obesity under medical-surgical treatment]. *Ann Med Psychol (Paris)*. 1990 May;148(5):483–94.

Cone RD. Anatomy and regulation of the central melanocortin system. *Nature Neuroscience*. 2005 May;8(5):571–8.

Conway CM. Editorial: "Old lamps for new." *Br J Anaesth*. 1975 Aug;47(8):811–2.

Corcos M. (2003). *Psychopathologie de l'alexithymie*. Paris: Dunod.

Correll CU, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry*. 2015 Jun;14(2):119–36.

De Chouly de Lenclave M, Florequin C, Bailly D. Obésité, alexithymie, troubles psychopathologiques et binge eating : Étude comparative entre 40 obèses et 32 témoins. *l'Encéphale*. 2001 Sep;27(4):343.

Deitel M, Petrov I. Incidence of symptomatic gallstones after bariatric operations. *Surg Gynecol Obstet*. 1987 Jun;164(6):549–52.

Demedts M, Clément J, Schepers R, van de Woestijne KP. Respiratory failure: correlation between encephalopathy, blood gases and blood ammonia. *Respiration*. 1976;33(3):199–210.

Denke MA, Sempos CT, Grundy SM. Excess body weight. An underrecognized contributor to high blood cholesterol levels in white American men. *Arch Intern Med*. 1993 May 10;153(9):1093–103.

Di Lorenzo, N., Furbetta, F., Favretti, F., Segato, G., De Luca, M., Micheletto, G., Zappa, M., De Meis, P., Lattuada, E., Paganelli, M., et al. (2010). Laparoscopic adjustable gastric banding via pars flaccida versus perigastric positioning: technique, complications, and results in 2,549 patients. *Surgical Endoscopy* 24, 1519–1523.

Dong C, Li W-D, Li D, Price RA. Extreme obesity is associated with attempted suicides: results from a family study. *International Journal of Obesity*. 2006 Feb;30(2):388–90.

Dymek MP, Le Grange D, Neven K, Alverdy J. Quality of Life after Gastric Bypass Surgery: A Cross-Sectional Study. *Obesity Research*. 2002 Nov;10(11):1135–42.

Dziurawicz-Kozłowska, A., Lisik, W., Wierzbicki, Z., and Kosieradzki, M. (2005). Health-related quality of life after the surgical treatment of obesity. *J. Physiol. Pharmacol.* 56 Suppl 6, 127–134.

Efthymiou V, Hyphantis T, Karaivazolou K, Gourzis P, Alexandrides TK, Kalfarentzos F, et al. The effect of bariatric surgery on patient HRQOL and sexual health during a 1-year postoperative period. *Obes Surg.* 2015 Feb;25(2):310–8.

Fabricatore AN, Sarwer DB, Wadden TA, Combs CJ, Krasucki JL. Impression management or real change? Reports of depressive symptoms before and after the preoperative psychological evaluation for bariatric surgery. *Obes Surg.* 2007 Sep;17(9):1213–9.

Flament M, Jeammet P. *La Boulimie. Réalités et perspectives*, Paris, Masson, 2000.

Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2013 Jan 2;309(1):71.

Flum, D.R., Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery (LABS) Consortium, Belle, S.H., King, W.C., Wahed, A.S., Berk, P., Chapman, W., Pories, W., Courcoulas, A., McCloskey, C., et al. (2009). Perioperative safety in the longitudinal assessment of bariatric surgery. *N. Engl. J. Med.* 361, 445–454.

Fonagy P. (2004). *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. Ramonville St Agne: Erès.

Fournis G, Denès D, Mesu C, Brière M, Garré J-B, Gohier B. Obésité et bypass gastrique, impact sur la qualité de vie et le risque suicidaire : revue de la littérature. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* 2014 Nov;172(9):721–6.

Freud Sigmund. *trois essais sur la théorie de la sexualité (1905)*. Gallimard. Paris; 1962.

Frühbeck G, Toplak H, Woodward E, Yumuk V, Maislos M, Oppert J-M. Obesity: The Gateway to Ill Health - an EASO Position Statement on a Rising Public Health, Clinical and Scientific Challenge in Europe. *Obesity Facts.* 2013;6(2):117–20.

Gohier B, Richard-Devantoy S, Denès D, Sallé A, Becouarn G, Topart P, et al. Le psychiatre et la chirurgie bariatrique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* 2010 Apr;168(3):220–3.

Guercioli, R. (1997). Mode of action of orlistat. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* 21 Suppl 3, S12-23.

Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of comorbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health [Internet].* 2009 Dec [cited 2016 Oct 3];9(1).

Harrison, K., and Cantor, J. (1997). The relationship between media consumption and eating disorders. *Journal of Communication* 47, 40–67.

Heimpel Sara et coll. Do people with low self-esteem really want to feel better ? Self-esteem differences in motivation to repair negative mood. *Journal of Personality and Social Psychology* 2002, 82 : 128-147.

HAS. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Septembre 2011.

Haute Autorité de Santé (HAS). Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Recommandations de bonne pratique. Janvier 2009. www.has-sante.fr

Edholm, D., Svensson, F., Näslund, I., Karlsson, F.A., Rask, E., and Sundbom, M. (2013). Long-term results 11 years after primary gastric bypass in 384 patients. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 9, 708–713.

Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Langkafel M, Senf W, Hebebrand J. Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *International Journal of Obesity*. 2003 Nov;27(11):1300–14.

Hrabosky J, Masheb R, White M, Rothschild B, Burke-Martindale C, Grilo C. A Prospective Study of Body Dissatisfaction and Concerns in Extremely Obese Gastric Bypass Patients: 6- and 12-Month Postoperative Outcomes. *Obesity Surgery*. 2006 Dec 1;16(12):1615–21.

Irving, L.M. (1990). Mirror Images: Effects of the Standard of Beauty on the Self- and Body-Esteem of Women Exhibiting Varying Levels of Bulimic Symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology* 9, 230–242.

James, W.P.T., Caterson, I.D., Coutinho, W., Finer, N., Van Gaal, L.F., Maggioni, A.P., Torp-Pedersen, C., Sharma, A.M., Shepherd, G.M., Rode, R.A., et al. (2010). Effect of Sibutramine on Cardiovascular Outcomes in Overweight and Obese Subjects. *New England Journal of Medicine* 363, 905–917.

Janik, M.R., Bielecka, I., Paśnik, K., Kwiatkowski, A., and Podgórska, L. (2015). Female Sexual Function Before and After Bariatric Surgery: a Cross-Sectional Study and Review of Literature. *Obesity Surgery* 25, 1511–1517.

Kanakis, D.M., and Thelen, M.H. (1995). Parental variables associated with bulimia nervosa. *Addictive Behaviors* 20, 491–500.

Keery H, van den Berg P, Thompson JK. An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body Image*. 2004 Sep;1(3):237–51.

- Khadraoui E, Farhat I, Zaghdoudi L, Slimane H, Labane R. Obésité et santé mentale. *Annales d'Endocrinologie*. 2012 Sep;73(4):413.
- Kinzl J, Schrattenecker M, Traweger C, Mattesich M, Fiala M, Biebl W. Psychosocial Predictors of Weight Loss after Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*. 2006 Dec 1;16(12):1609–14.
- Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Bourgeois ML. Stress et coping : un modèle intégratif en psychologie de la santé. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2003 Dec;161(10):809–15.
- Kolotkin RL, Head S, Hamilton M, Tse CK. Assessing Impact of Weight on Quality of Life. *Obes Res*. 1995 Jan;3(1):49–56.
- Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Østbye T, Gress RE, Adams TD. Obesity and Sexual Quality of Life*. *Obesity*. 2006 Mar;14(3):472–9.
- Kolotkin RL, Crosby RD, Gress RE, Hunt SC, Adams TD. Two-year changes in health-related quality of life in gastric bypass patients compared with severely obese controls. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2009 Mar;5(2):250–6.
- Kolotkin RL, Crosby RD, Gress RE, Hunt SC, Engel SG, Adams TD. Health and health-related quality of life: differences between men and women who seek gastric bypass surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2008 Sep;4(5):651–8.
- Larsen SH, Wagner G, Heitmann BL. Sexual function and obesity. *International Journal of Obesity*. 2007 Aug;31(8):1189–98.
- Larsson A, Larsson SE. The effects of ethylene-1-hydroxy-1, 1-diphosphonate on cellular transformation and organic matrix of the epiphyseal growth plate of the rat--a light microscopic and ultrastructural study. *Acta Pathol Microbiol Scand A*. 1978 May;86(3):211–23
- Legro, R.S., Dodson, W.C., Gnatuk, C.L., Estes, S.J., Kunselman, A.R., Meadows, J.W., Kesner, J.S., Krieg, E.F., Rogers, A.M., Haluck, R.S., et al. (2012). Effects of Gastric Bypass Surgery on Female Reproductive Function. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 97, 4540–4548.
- Levine, M.P., Smolak, L., Moodey, A.F., Shuman, M.D., and Hessen, L.D. (1994). Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *Int J Eat Disord* 15, 11–20.
- Lighezzolo Joëlle, Cécile Blanchouin. *Gastroplastie et modifications corporelles : réflexion psychodynamique*. Volume 80, numéro 9, Novembre 2004

- Marniemi J, Parkki MG. Radiochemical assay of glutathione S-epoxide transferase and its enhancement by phenobarbital in rat liver in vivo. *Biochem Pharmacol.* 1975 Sep 1;24(17):1569–72.
- Marsden E, Michel A, Mormont C. Study of the Impact of a Gastroplasty on the Self- Image Through the Rorschach. *Rorschachiana.* 1999 Jan;23(1):43–57.
- Marty P, De M'Uzan M (1963) La pensée opératoire, *Revue Franç. Psychanal.* 27 : 345-356
- Marty P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique.* Paris: Les Empêcheurs de penser en rond.
- Mekler LB. On the problem of oncogene of tumour viruses. *Acta Virol.* 1975 Nov;19(6):501–8.
- Merhi ZO. Bariatric surgery and subsequent sexual function. *Fertility and Sterility.* 2007 Mar;87(3):710–1.
- Montreuil M. (1991) Le déficit de saisie visuelle parallèle est-il un modèle expérimental d'alexithymie. *Revue Internationale de Psychopathologie,* 3, 203-221.
- Morse SJ et Gergen KJ. Social comparison, self-consistency and the concept of self. *Journal of Personality and Social Psychology* 1970, 16 : 149-156.
- Mozafari M, Khajavikhan J, Jaafarpour M, Khani A, Direkvand-Moghadam A, Najafi F. Association of body weight and female sexual dysfunction: a case control study. *Iran Red Crescent Med J.* 2015 Jan;17(1):e24685.
- Nemiah JC. Alexithymia. Theoretical considerations. *Psychother Psychosom.* 1977;28(1–4):199–206.
- ObEpi-Roche. 6e édition de l'enquête nationale sur la prévalence de l'obésité et du surpoids en France; 2012
- Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol.* 2003 Dec 15;158(12):1139–47.
- Oppert J-M. Les défis de la prise en charge des obésités. *Cahiers de Nutrition et de Diététique.* 2015 Dec;50(6):6S50-6S54.
- Oppert J-M. Prise en charge de l'obésité : la question du suivi après chirurgie bariatrique. *La Revue de Médecine Interne.* 2015 Oct;36(10):643–4.
- O'Reardon JP, Peshek A, Allison KC. Night eating syndrome : diagnosis, epidemiology and management. *CNS Drugs.* 2005;19(12):997–1008.

Phan F, Oppert J-M, Andreelli F. Synthèse des recommandations interdisciplinaires européennes sur la chirurgie bariatrique et métabolique. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2014 Dec;8(6):652–61.

Pike, K.M., and Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology* 100, 198–204.

Polivy J, Herman CP. The effects of resolving to diet on restrained and unrestrained eaters: the “false hope syndrome.” *Int J Eat Disord*. 1999 Dec;26(4):434–47.

Rao SR, Kini S, Tamler R. Sex Hormones and Bariatric Surgery in Men. *Gender Medicine*. 2011 Oct;8(5):300–11.

Ribes G, Maillot-Mary S. La sexualité de la personne obèse. *Pelvi-périnéologie*. 2010 Mar;5(1):49–55.

Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leib R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000 Apr;26(2):191–208.

Sauvanet J-P. L’obésité et le surpoids chez l’adulte en France : l’enquête nationale ObÉpi-Roche 2009. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2009 Dec;3(6):636–7.

Schachter S. Obesity and eating. Internal and external cues differentially affect the eating behavior of obese and normal subjects. *Science*. 1968 Aug 23;161(3843):751–6.

Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. *Body Image*. 2004 Jan;1(1):43–56.

Serrot, F.J., Dorman, R.B., Miller, C.J., Slusarek, B., Sampson, B., Sick, B.T., Leslie, D.B., Buchwald, H., and Ikramuddin, S. (2011). Comparative effectiveness of bariatric surgery and nonsurgical therapy in adults with type 2 diabetes mellitus and body mass index ≥ 35 kg/m². *Surgery* 150, 684–691.

Simon J, Gondonneau L, Mironer A-M, Dourlen-Rollier. Rapport sur le comportement sexuel des français ou Rapport Simon. éditions Julliard; 1970.

Sioka E, Zacharoulis D, Zachari E, Papamargaritis D, Pinaka O, Katsogridaki G, et al. Complicated Gallstones after Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. *Journal of Obesity*. 2014;2014:1–5.

Sjöström L, Narbro K, Sjöström D, et al; Swedish Obese Subjects Study. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 2007;357:741-52.

Spira A, Bajos N. ACSF Les comportements sexuels en France. Paris: La Documentation française; 1993.

- Stice, E., and Shaw, H.E. (1994). Adverse Effects of the Media Portrayed Thin-Ideal on Women and Linkages to Bulimic Symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology* 13, 288–308.
- Stunkard AJ, Wadden TA. Psychological aspects of severe obesity. *Am J Clin Nutr.* 1992 Feb;55(2 Suppl):524S–532S.
- Stunkard AJ, Allison KC, O'Reardon JP. The night eating syndrome: a progress report. *Appetite.* 2005 Oct;45(2):182–6.
- Tarentino AL, Maley F. A comparison of the substrate specificities of endo-beta-N-acetylglucosaminidases from *Streptomyces griseus* and *Diplococcus Pneumoniae*. *Biochem Biophys Res Commun.* 1975 Nov 3;67(1):455–62.
- Taylor & Durieux (1990). La pensée opératoire et le concept d'alexithymie, *Revue Française de Psychanalyse*, 54, 3,769-784
- Thompson JK, Cattarin J, Fowler B, Fisher E. The Perception of Teasing Scale (POTS): a revision and extension of the Physical Appearance Related Teasing Scale (PARTS). *J Pers Assess.* 1995 Aug;65(1):146–57.
- Turner, S.L., Hamilton, H., Jacobs, M., Angood, L.M., and Dwyer, D.H. (1997). The influence of fashion magazines on the body image satisfaction of college women: an exploratory analysis. *Adolescence* 32, 603–614.
- Tychev C de. Alexithymie et pensée opératoire : Approche comparative clinique projective franco-américaine. *Psychologie clinique et projective.* 2010;16(1):177.
- Vallieres EF, Vallerand RJ. Traduction et Validation Canadienne-Française de L'échelle de L'estime de Soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology.* 1990 Jan;25(2):305–16.
- Van den Berg P, Thompson JK, Obremski-Brandon K, Coover M. The Tripartite Influence model of body image and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *J Psychosom Res.* 2002 Nov;53(5):1007–20.
- Vandewater EA, Shim M, Caplovitz AG. Linking obesity and activity level with children's television and video game use. *Journal of Adolescence.* 2004 Feb;27(1):71–85.
- Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2005 Jan;31(1):1–20.
- Weir, M.A. (2011). Orlistat and Acute Kidney Injury: An Analysis of 953 Patients. *Archives of Internal Medicine* 171, 702.

Wiesmann UN, DiDonato S, Herschkowitz NN. Effect of chloroquine on cultured fibroblasts: release of lysosomal hydrolases and inhibition of their uptake. *Biochem Biophys Res Commun.* 1975 Oct 27;66(4):1338–43.

Wingfield, L.R., Kulendran, M., Laws, G., Chahal, H., Scholtz, S., and Purkayastha, S. (2016). Change in Sexual Dysfunction Following Bariatric Surgery. *Obesity Surgery* 26, 387–394.

Wingood GM, DiClemente RJ, Harrington K, Davies SL. Body Image and African American Females' Sexual Health. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine.* 2002 Jun;11(5):433–9.

Wylomanski S, Bouquin R, Philippe H-J, Rouzier R, Dréno B, Quereux G. Validation de la version française du Female Sexual Function Index auprès d'un échantillon de la population féminine française. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie.* 2013 Dec;140(12):S473.

Young T, Shahar E, Nieto FJ, Redline S, Newman AB, Gottlieb DJ, et al. Predictors of sleep-disordered breathing in community-dwelling adults: the Sleep Heart Health Study. *Arch Intern Med.* 2002 Apr 22;162(8):893–900.

Ziegler, O., Bertin, E., Jouret, B., Calvar, R., Sanguignol, F., Avignon, A., and Basdevant, A. (2014). Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. *Obésité* 9, 302–328.

SERMENT D'HYPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

IMPACT DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE SUR LA QUALITE DE VIE SEXUELLE, L'ESTIME DE SOI ET LA DEPRESSION DES FEMMES

Introduction : L'obésité est une maladie chronique en constante évolution, les répercussions tant physiques que psychologiques sont multiples. Le recours à la chirurgie bariatrique est de plus en plus fréquent et sa pratique n'est pas sans conséquences.

Objectif principal : La perte de poids importante par chirurgie bariatrique permet-elle une amélioration de la qualité de vie sexuelle des patientes.

Objectifs secondaires : Impact de la chirurgie bariatrique sur l'humeur et l'estime de soi. Y a-t-il un lien avec l'amélioration de la qualité de vie sexuelle ? Comparaison avec un groupe témoin.

Méthodologie : La population de l'étude est composée de femmes âgées de 18 à 65 ans, sans pathologie psychiatrique non stabilisée et bénéficiant d'une chirurgie bariatrique au centre de référence à l'hôpital l'Archet. L'évaluation aura lieu en pré opératoire (lors de leur hospitalisation), à 3 mois et à 6 mois. L'évaluation sera réalisée à l'aide 3 auto questionnaires validés : le FSFI (female sexual function index) pour la qualité de vie sexuelle, l'échelle de dépression de Beck pour l'humeur et l'échelle d'estime de soi de Rosenberg. La population témoin sera composée de femmes de 18 à 50 ans sans comorbidités et remplira les questionnaires en ligne de manière anonyme.

Résultats : Le FSFI avant chirurgie est plus bas chez les obèses morbides que dans le groupe témoin ($P=0,0001$). La qualité de vie sexuelle s'améliore 6 mois après l'intervention ($p=0.013$). Le score de Beck est plus élevé chez les obèses morbides que dans le groupe témoin ($p=0,004$). Il baisse rapidement dès 3 mois ($p=0.025$) et 6 mois ($p=0.005$) après l'intervention. L'échelle de Rosenberg est similaire au départ dans les 2 groupes. En post opératoire, le Rosenberg s'améliore et devient sensiblement supérieur à celui de la population témoin ($p=0.014$). A 6 mois, il existe des corrélations entre ces 3 dimensions ; une meilleure qualité de vie sexuelle sera associée à une meilleure estime de soi ($r=0.3134$, $p=0.0103$) et à un score de dépression plus bas ($r=0.3129$, $p=0.0103$)

Conclusion: Ce travail préliminaire nous montre que la chirurgie bariatrique permet une amélioration de la qualité de vie sexuelle pour ces patientes et met en évidence un lien avec la dépression et l'estime de soi. Les améliorations déjà acquises à seulement 3 et 6 mois de l'opération sont encourageantes mais l'évaluation à distance de la période de « lune de miel » est indispensable. Des études multicentriques, avec des effectifs plus importants et une durée de suivi plus longue permettraient de confirmer ces premiers résultats ainsi que leur pérennité.

Mots clés : qualité de vie sexuelle, dépression, estime de soi, femmes, chirurgie bariatrique