



HAL
open science

Les troubles psychiatriques avant et après sleeve gastrectomy

Émilie Terro

► **To cite this version:**

Émilie Terro. Les troubles psychiatriques avant et après sleeve gastrectomy. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01683017

HAL Id: dumas-01683017

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01683017>

Submitted on 12 Jan 2018

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.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNÉE 2016 – 2017

N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

TERRO Emilie

Née le 26 Avril 1986 à Pointe à Pitre

Présentée et soutenue publiquement le 23 Octobre 2017

LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES
AVANT ET APRÈS SLEEVE GASTRECTOMY

PRÉSIDENT DE JURY :

Monsieur le Professeur Olivier GUILLIN

DIRECTEUR DE THÈSE :

Monsieur le Docteur Paul MALEKPOUR

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur Benoit VEBER

Monsieur le Professeur Vincent LAUDENBACH

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

**ASSESEURS : Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal
JOLY Professeur Stéphane MARRET**

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication

Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie

Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>urnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>urnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>urnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie

Mr Jacques **WEBER** HCN Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE** UFR Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER	Statistiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHOT	Bactériologie
---------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Benedetta CORNELIO	Chimie organique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la
santé Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL**

UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**

UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**

UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**

UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD**

UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN**

UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**

UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX**

UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ - Saint Julien Rouen

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail et plus particulièrement :

-Monsieur le Dr Paul Malekpour (psychiatre à l'Unité Colonna au CHU de Rouen) pour ses conseils avisés, son soutien et sa grande disponibilité.

-Madame le Dr Lucile Moreau-Grangé (endocrinologue au CHU de Rouen) ainsi que toute l'équipe de l'hôpital de jour d'endocrinologie du CHU de Rouen et Monsieur le Dr Emmanuel Huet pour leur aide.

-Les responsables du DES de psychiatrie à Rouen : Monsieur le Pr Olivier Guillin (responsable pôle de psychiatrie adulte) et Madame le Pr Priscille Gérardin (responsable du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) pour leurs conseils, leur disponibilité et leur accompagnement durant mon internat.

-Les secrétaires de l'Unité Colonna pour leur aide et leur gentillesse.

Je remercie d'avance l'ensemble des membres du jury pour l'intérêt qu'ils porteront à ce travail.

Enfin, je remercie tous mes proches pour leur soutien indéfectible durant toutes mes années d'études de médecine. Merci à mes parents, à Christelle et à Nicolas : sans eux, rien de tout cela n'aurait été possible.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	14
1. GÉNÉRALITÉS	15
1.1. CHIRURGIE BARIATRIQUE.....	15
1.1.1. DÉFINITION, PRÉVALENCE, CAUSES ET COMPLICATIONS DE L’OBÉSITÉ	15
1.1.2. HISTORIQUE DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE.....	16
1.1.3. INDICATIONS À LA CHIRURGIE BARIATRIQUE	20
1.1.4. CONTRE-INDICATIONS À LA CHIRURGIE BARIATRIQUE.....	20
.....	21
1.2. SLEEVE GASTRECTOMY	21
1.2.1. PRINCIPE DE LA SLEEVE GASTRECTOMY	21
1.2.2. COMPLICATIONS PRINCIPALES LIÉES À CETTE INTERVENTION.....	23
1.2.3. INDICATIONS À LA SLEEVE GASTRECTOMY	23
1.2.4. CONTRE-INDICATIONS À LA SLEEVE GASTRECTOMY	24
1.3. PARCOURS DU PATIENT CANDIDAT À UNE CHIRURGIE BARIATRIQUE	24
1.3.1. PARCOURS PRÉOPÉRATOIRE.....	24
1.3.2. PRISE EN CHARGE POSTOPÉRATOIRE.....	27
1.4. ÉPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE.....	29
1.4.1. SCHIZOPHRÉNIE.....	29
1.4.2. TROUBLES DÉLIRANTS PERSISTANTS	30
1.4.3. TROUBLE DÉPRESSIF	30
1.4.4. DYSTHYMIE OU TROUBLE DÉPRESSIF PERSISTANT.....	31
1.4.5. TROUBLE BIPOLAIRE	31
1.4.6. TROUBLES ANXIEUX	33
1.4.7. TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ	36
1.4.8. ADDICTIONS : TABAC, ALCOOL, SUBSTANCES ILLICITES.....	37
1.4.9 TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	39
.....	42
2. ÉTUDE SUR LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES AVANT ET APRES SLEEVE GASTRECTOMY.....	43
2.1. INTRODUCTION.....	43

2.2. MATÉRIELS ET MÉTHODES	44
2.2.1. SCHÉMA DE L'ETUDE	44
2.2.2. POPULATION ÉTUDIÉE	44
2.2.3. RECUEIL DES DONNÉES	45
2.2.4. CRITÈRES DE JUGEMENT	46
2.2.5. STATISTIQUES	47
2.3. RÉSULTATS	47
2.3.1. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET MORPHOLOGIQUES DES PATIENS	47
2.3.2. ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES DES PATIENTS	49
2.3.3. ANTÉCÉDENTS D'OBÉSITÉ DANS L'ENFANCE, D'OBÉSITÉ FAMILIALE, DE FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRES ET DE COMPLICATIONS LIÉES À L'OBÉSITÉ DES PATIENTS.....	49
.....	50
2.3.4. RÉSULTATS DANS LES GROUPES PRÉ- ET POST-SLEEVE POUR L'ÉCHELLE B.I.T.E.....	51
2.3.5. RÉSULTATS DANS LES GROUPES PRÉ- ET POST-SLEEVE POUR L'ÉCHELLE DAS.....	53
.....	54
2.3.6. RÉSULTATS DANS LES GROUPES PRÉ- ET POST-SLEEVE POUR L'ÉCHELLE HAD	55
2.3.7. RÉSULTATS DANS LES GROUPES PRÉ- ET POST-SLEEVE POUR L'ÉCHELLE MINI.....	57
2.4. DISCUSSION	59
2.5. CONCLUSION	62
BIBLIOGRAPHIE.....	63
ANNEXE 1	68
ANNEXE 2	70
ANNEXE 3	75
ANNEXE 4	76
RÉSUMÉ	102

LISTE DES ABRÉVIATIONS

B.I.T.E : Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (Inventaire de la Boulimie d'Edinburgh)

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

DAS : Dysfonctionnal Attitude Scale (Echelle d'Attitudes Dysfonctionnelles)

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale (Echelle d'Anxiété et de Dépression)

HAD-A : Sous-échelle HAD Anxiété

HAD-D : Sous-échelle HAD Dépression

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU DC : Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (United Nations Office on Drugs and Crime)

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

1. GÉNÉRALITÉS

1.1. CHIRURGIE BARIATRIQUE

1.1.1. DÉFINITION, PRÉVALENCE, CAUSES ET COMPLICATIONS DE L'OBÉSITÉ (1,2,3,4)

« Le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé » selon l'OMS (2016).

Elle est évaluée cliniquement par le calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) qui peut être utilisé chez l'adulte quelque soit le sexe et l'âge :

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \text{poids (kg)/taille}^2 \text{ (m}^2\text{)}$$

18,5	25	30	35	40
IMC normal	Surpoids	Obésité de classe I « modérée »	Obésité de classe II « sévère »	Obésité de classe III « massive »

Il existe une classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2007 avec des valeurs seuil de l'IMC chez les adultes :

Des IMC supérieurs à 50 kg/m² et à 60 kg/m² sont respectivement classés en « superobésité » et super superobésité.

La prévalence de l'obésité dans le monde a doublé en une vingtaine d'années. Elle a été estimée par l'OMS à 13% de la population mondiale en 2014. Sa fréquence est plus élevée chez la femme que chez l'homme (15% vs 11% selon l'OMS en 2014). En France, 15% des adultes étaient atteints d'obésité en 2012 contre 6,1% en 1980 (5).

Les causes principales de l'obésité sont la consommation d'aliments hypercaloriques riches en lipides et une activité physique moindre. Des facteurs favorisants ont été mis en évidence tels que : la sédentarité, l'arrêt de la consommation tabagique sans mesure accompagnative, la prise d'alcool, la iatrogénie médicamenteuse, les antécédents familiaux et personnels d'obésité, les prédispositions génétiques à l'obésité, la grossesse, la ménopause, les troubles du comportement alimentaire, les troubles psychiatriques, les facteurs de vulnérabilité psychosociale et professionnels, la réduction du temps de sommeil.

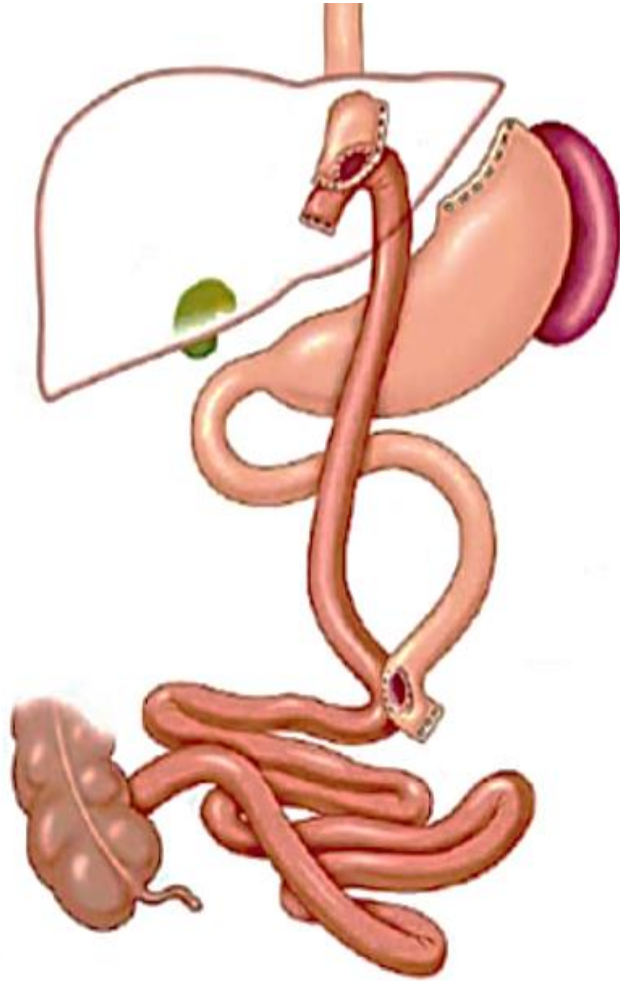
L'obésité est une maladie qui entraîne des complications multiples et chroniques, pouvant être mortelles, telles que les maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, maladie athéromateuse), les maladies métaboliques (dyslipidémie, diabète), les troubles respiratoires (syndrome d'apnée du sommeil, insuffisance respiratoire), les troubles musculosquelettiques (arthropathie, pathologies rachidiennes), les troubles digestifs (lithiase biliaire, reflux gastro oesophagien, stéatohépatite) et certaines tumeurs malignes (gynécologiques, néphrologiques, digestives). Il existe également une surmortalité chez les patients obèses par rapport à ceux ayant un IMC normal. De plus, l'étude Swedish Obese Subjects (SOS) qui concernait des patients obèses ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique a montré une diminution de la qualité de vie préopératoire de ces patients (mesurée par l'échelle Health-Related Quality of Life (HRQL)) et comparée à celle de la population de référence de poids normal. Le score le plus atteint était celui du score d'anxiété et de dépression (6).

L'obésité est donc un problème majeur de santé publique pour lequel des plans d'actions mondiaux et nationaux sont développés afin d'en réduire la prévalence. On peut donner pour exemples le « Plan pour la lutte contre les Maladies Non Transmissibles 2013-2020 » de l'OMS dont un des objectifs est la réduction de la prévalence mondiale de l'obésité et le « Plan obésité 2010-2013 » avec la mise en place de centres spécialisés en France.

1.1.2. HISTORIQUE DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

De nombreuses techniques de chirurgie de l'obésité ont été conçues ces dernières décennies. Elles sont soit « restrictives » par restriction du volume gastrique (majoritairement pratiquées), soit « malabsorptives » par réalisation d'une malabsorption intestinale, soit « mixtes » lorsque les deux mécanismes sont associés.

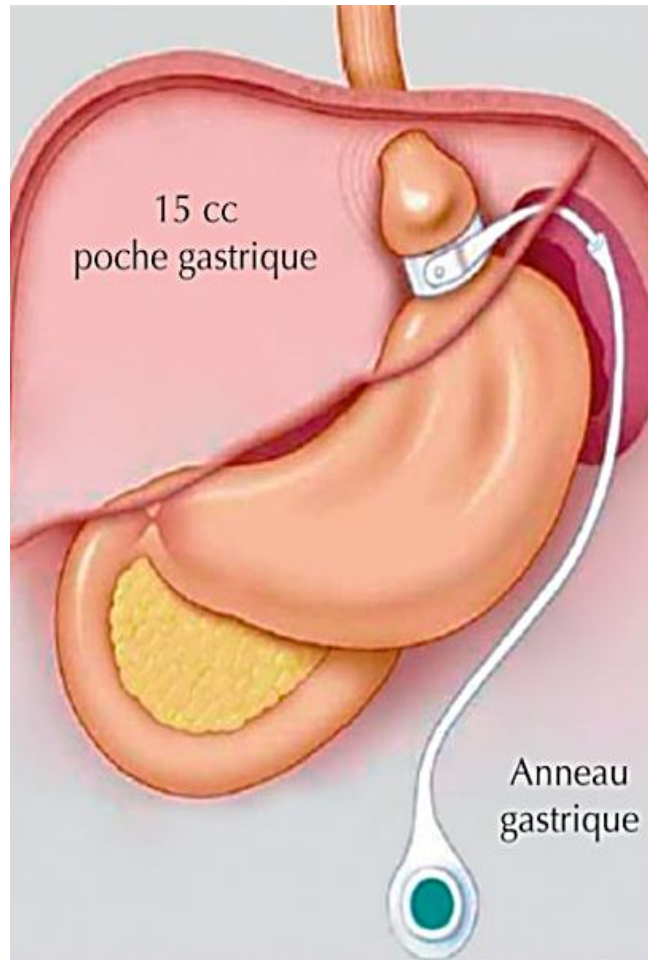
Le concept de traitement chirurgical de l'obésité est né en Suède, en 1952 avec les premières résections intestinales à visée malabsorptive réalisées par Viktor Henriksson (7). En 1969, aux Etats-Unis, Howard Payne a mis sur pied la dérivation jéjuno-iléale qui, malgré les nombreuses complications associées, a été réalisée chez de nombreux patients dans les années 1970 (7). Cette intervention a été supplantée par la dérivation gastrique Roux-en-Y ou bypass gastrique qui est la première chirurgie restrictive dont la version laparoscopique a été l'opération la plus effectuée dans les années 1990 (8).



Bypass gastrique

Figure tirée de Léveillé P, Sermondade N, Faure C, Catheline JM, Benchetrit S, Hercberg S, Czernichow S, Lévy R. Impact de la chirurgie bariatrique sur la fertilité. mt Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie 2011 ; 13 (4) : 249-56 doi:10.1684/mte.2011.0374 Copyright ©.

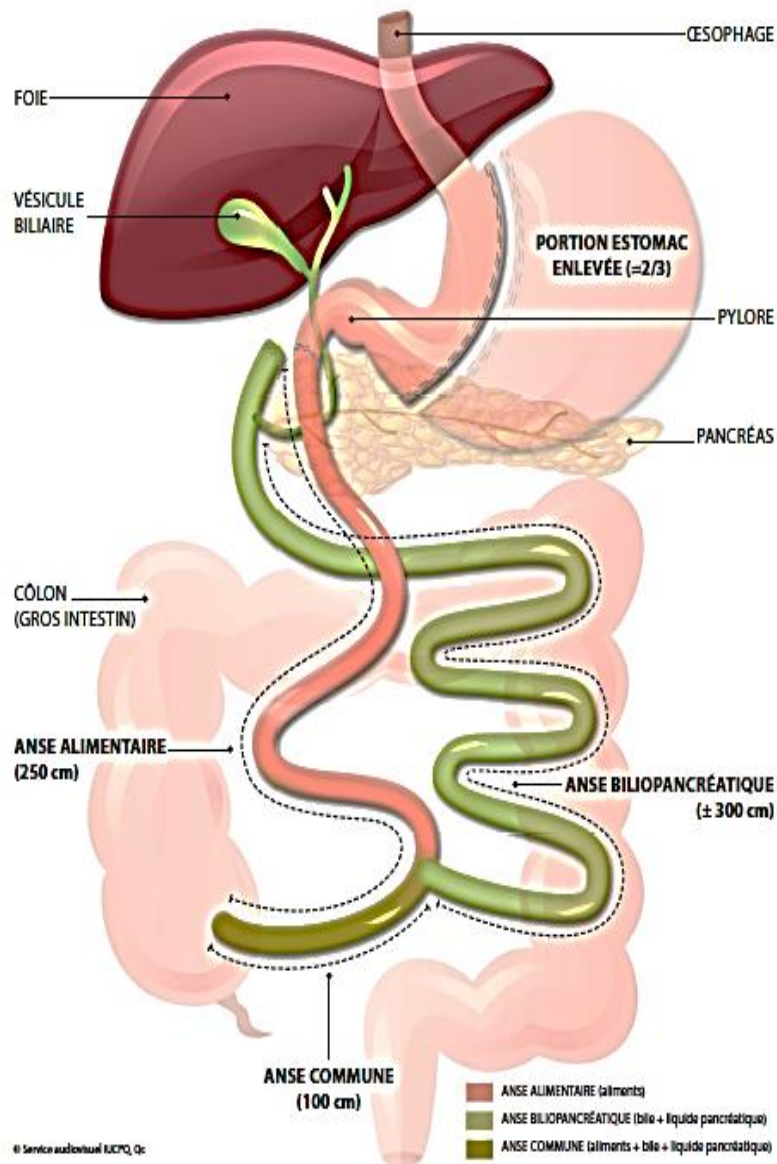
On peut citer également pour la chirurgie bariatrique malabsorptive la dérivation bilio pancréatique de Scopinaro de 1979 qui est encore pratiquée actuellement (9). D'autres types d'intervention bariatrique ont ensuite été développés dans les années suivantes et abandonnés jusqu'à celle par anneau gastrique ajustable proposée en 1986 par Kuzmak (7) puis effectuée sous laparoscopie par Fried en 1993(10). Le développement de sa forme laparoscopique en 1994 (11) en a fait la plus connue des chirurgies réversibles (7).



Anneau gastrique

Figure tirée de Léveillé P, Sermondade N, Faure C, Catheline JM, Benchetrit S, Herberg S, Czernichow S, Lévy R. Impact de la chirurgie bariatrique sur la fertilité. mt Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie 2011 ; 13 (4) : 249-56 doi :10.1684/mte.2011.0374 Copyright ©.

Une technique de chirurgie de l'obésité de type dérivation biliopancréatique associant sleeve gastrectomy et un switch duodéal a été conçue par Heiss en 1994.



Dérivation biliopancréatique

Figure tirée du site de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (<http://iucpq.qc.ca/fr/soins-et-services/axes/obesite/programme-de-chirurgie-bariatrique/chirurgies-offertes>).

Le switch gastroduodéal simple dont Marceau a été le pionnier et sa version laparoscopique par Gardner en 2000 ont permis d'en faire une technique de chirurgie bariatrique que l'on utilise de plus en plus ces dernières années. Elle est effectuée seule ou en association dans les interventions en deux temps (par exemple chez les patients superobèses).

1.1.3. INDICATIONS À LA CHIRURGIE BARIATRIQUE (12)

Les indications de la chirurgie bariatrique sont :

- Patients avec un IMC ≥ 40 kg/m² ou bien avec un IMC ≥ 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (notamment maladies cardiovasculaires dont hypertension artérielle, syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique).
- En deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois ; en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids.
- 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.

Le risque opératoire doit être acceptable.

La perte de poids avant la chirurgie n'est pas une contre-indication à la chirurgie bariatrique déjà planifiée, même si le patient a atteint un IMC inférieur au seuil requis.

Pour les patients diabétiques dont l'IMC est entre 30 et 35 kg/m², la chirurgie bariatrique n'est pas recommandée car il n'existe pas de données certaines et à long terme sur une grande population.

Enfin, cette chirurgie doit être proposée de façon singulière chez les patients âgés de 60 ans en tenant compte de l'état clinique des patients et des pathologies associées.

1.1.4. CONTRE-INDICATIONS À LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

Les contre-indications à la chirurgie bariatrique sont : l'incapacité du patient à participer à un suivi médical prolongé, l'addiction à l'alcool et aux drogues, les troubles graves du comportement alimentaire (boulimie, hyperphagie maligne du syndrome de Prader-Willi), l'absence de prise en charge médicale préalable identifiable, les pathologies avec mise en jeu du pronostic vital à court terme et les contre-indications à l'anesthésie générale. (2)

Les critères d'exclusion de la chirurgie bariatrique sont présentés dans le tableau ci-dessous (3) :

Promoteur, pays, date de publication	Principales contre-indications
BSCG, 2007 Europe (56)	<ul style="list-style-type: none"> - absence de prise en charge médicale documentée - incapacité du patient à participer à un suivi médical prolongé - troubles psychotiques non stabilisés, dépression sévère et troubles de la personnalité, sauf si la chirurgie est préconisée par un psychiatre spécialisé en chirurgie - dépendance à l'alcool et aux drogues - maladies mettant en jeu le pronostic vital à court terme - incapacité du patient à prendre soin de lui-même, pas de soutien familial ou social à long terme
Afero, Alfediam, SFN, Soffco, 2005 France (36)	<ul style="list-style-type: none"> - absence de prise en charge médicale préalable identifiable - incapacité du patient à participer à un suivi médical prolongé - désordres psychotiques non stabilisés, syndromes dépressifs sévères, tendance au suicide - dépendance à l'alcool et aux drogues - troubles sévères du comportement alimentaire (du type boulimique) - fonctions masticatoires insuffisantes - contre-indications documentées à l'anesthésie générale - maladies mettant en jeu le pronostic vital à court terme
American Society for Bariatric Surgery, 2005 États-Unis (51)	<ul style="list-style-type: none"> - dépression sévère, maladie mentale associée avec une psychose non ou insuffisamment traitée - addiction aux drogues - boulimie - personnalité non insérée socialement
European Association for Endoscopic Surgery, 2005 Europe (38)	<ul style="list-style-type: none"> - contre-indications absolues : troubles mentaux ou cognitifs sévères ne répondant pas au traitement (niveau 4), hyperphagie maligne (niveau 5) - autre contre-indication : incapacité du patient à participer à un suivi médical prolongé (niveau 1c)
Betsy Lehman Center for Patient Safety and Medical Error Reduction, 2004 États-Unis (57)	<ul style="list-style-type: none"> - cardiopathie ischémique instable, pathologie pulmonaire sévère, hypertension portale avec varices gastriques ou intestinales, autres conditions pouvant rendre l'anesthésie risquée ou augmenter le risque d'infection de paroi - incapacité du patient à comprendre les principes de la procédure ou à suivre les instructions postopératoires

Afero : Association française d'études et de recherches sur l'obésité ; Alfediam : Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques ; BSCG : Bariatric Surgery Collaborative Group ; SFN : Société française de nutrition ; Soffco : Société française et francophone de chirurgie de l'obésité

1.2. SLEEVE GASTRECTOMY

1.2.1. PRINCIPE DE LA SLEEVE GASTRECTOMY

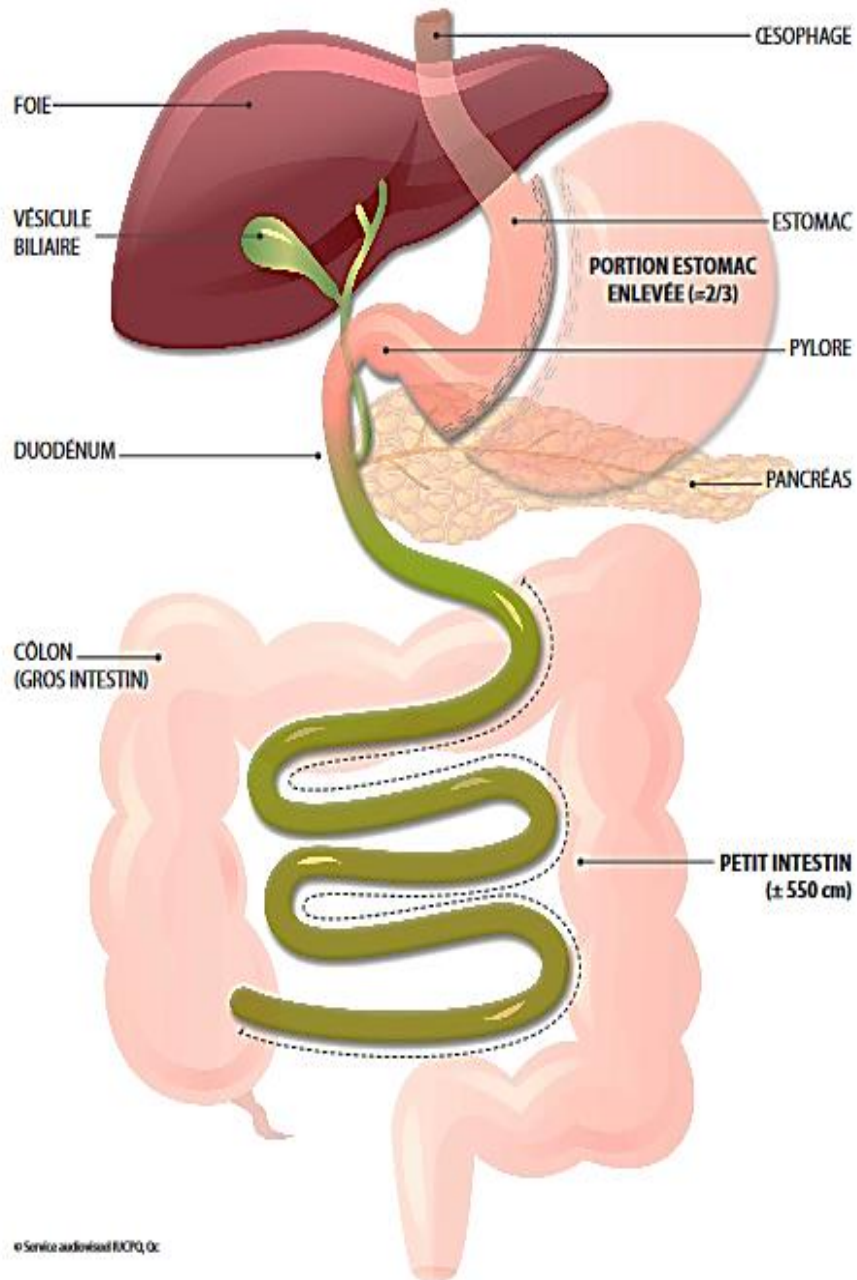
Il s'agit d'une technique restrictive consistant à supprimer les 2/3 de l'estomac et de le tubuliser grâce à un agrafage sur toute la hauteur de la grande courbure gastrique (environ 25 à 30 cm) (13). La taille de l'estomac varie en fonction du tube de calibrage et son volume restant est de l'ordre de 60 à 250 ml après opération (3).

Ce type d'intervention réduit donc la capacité gastrique et provoque une satiété précoce par retrait de la zone de sécrétion de la ghréline (une hormone qui favorise l'appétit) liée à l'ablation du fundus. La gastrectomie longitudinale peut être le premier temps d'une intervention biliopancréatique par exemple chez les patients super obèses.

La durée moyenne d'intervention est de 2h et celle d'hospitalisation est de 3 à 8j en l'absence de complications (14).

La mortalité due à l'intervention est de 0,2% (14) et sa morbidité va de 0 à 24% (15).

La perte de poids attendue avec cette intervention est de 45 à 65% de l'excès de poids à 2 ans de cette dernière (14).



Sleeve gastrectomy

Figure tirée du site de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (<http://iucpq.qc.ca/fr/soins-et-services/axes/obesite/programme-de-chirurgie-bariatrique/chirurgies-offertes>).

1.2.2. COMPLICATIONS PRINCIPALES LIÉES À CETTE INTERVENTION

Les complications peropératoires de cette intervention sont représentées essentiellement par les plaies spléniques ou les perforations gastriques (2). En post-opératoire, sont retrouvées les complications de type fistules, saignements sur la ligne d'agrafe, sténoses gastriques, ulcères, dysphagie, reflux gastro oesophagien, dilatation du tube gastrique, dilatation oesophagienne, carences nutritionnelles et reprise de poids (7,8,9) :

-La fistule ou désagrafage de la ligne de suture dont le taux de survenue va de 0,7 à 5% est la complication la plus grave car pouvant être mortelle (15). Elle peut se compliquer d'un abcès, d'une péritonite, d'un épanchement pleural réactionnel ou d'une fistulisation au niveau pulmonaire (15).

-L'hémorragie (taux de 4,8%) peut survenir sur la ligne d'agrafe mais également à la suite d'un traumatisme splénique ou d'une lacération hépatique (15).

-La sténose gastrique (taux de 0,7 à 4%) peut être la conséquence d'un œdème ou d'un hématome mais également dû à l'agrafage (15).

-Le reflux gastro oesophagien touche environ 20% des patients en post-opératoire immédiat (15).

-La reprise de poids (taux de patients concernés de 13,3% à 1 an post-chirurgie à 38,5% à 5 ans post-chirurgie) serait associée à un arrêt des mesures diététiques (prise hypercaloriques d'aliments liquides sans activité physique par exemple) mais pourrait également être due à la dilatation de l'estomac (15,16).

1.2.3. INDICATIONS À LA SLEEVE GASTRECTOMY (3)

Selon le rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) de février 2008, les patients pouvant bénéficier de la Sleeve Gastrectomy sont :

-les patients super superobèses ayant un IMC supérieur à 60, comme premier temps d'une chirurgie en deux temps,

-les patients superobèses ayant un IMC supérieur à 50 avec des comorbidités menaçant la sécurité du geste opératoire, comme premier temps d'une chirurgie en deux temps,

-les patients obèses ayant un IMC inférieur à 50 et éligibles pour une chirurgie de l'obésité en un temps selon les recommandations internationales, particulièrement mais non exclusivement chez les patients refusant la mise en place d'un corps étranger et la réalisation d'un court-circuit gastrique,

-les patients devant être réopérés pour échec ou complication d'une gastroplastie par anneau.

1.2.4. CONTRE-INDICATIONS À LA SLEEVE GASTRECTOMY

Les critères d'exclusion de la sleeve gastrectomy, suggérés par le comité d'experts mandaté par la Fédération internationale pour la chirurgie de l'obésité (IFSO) et l'Association européenne pour l'étude de l'obésité (EASO), sont les mêmes que ceux pour la chirurgie bariatrique (17). On peut y rajouter celles mentionnées dans le tableau ci-dessous.

Contre-indications relatives à la réalisation d'une gastrectomie longitudinale (3)

Contre-indications absolues	Contre-indications relatives temporaires	Contre-indications relatives
Contre-indications générales et anesthésiques à la chirurgie de l'obésité	Pathologie ulcéreuse gastrique ou duodénale	Antécédents de chirurgie de l'étage sus-mésocolique dont chirurgie antireflux
Hypertension portale au stade des varices du tube digestif visibles en endoscopie	Hypertrophie majeure du lobe hépatique gauche	
Maladie de Crohn en cas de localisation gastrique		
Endobrachyoœsophage étendu (classe C3 de la classification de Prague)		

Ces contre-indications peuvent être temporaires et la chirurgie peut être effectuée après leur prise en charge et leur correction (18).

1.3. PARCOURS DU PATIENT CANDIDAT À UNE CHIRURGIE BARIATRIQUE (18)

Le parcours du patient candidat à la sleeve gastrectomy est le même que celui du patient souhaitant une chirurgie bariatrique.

1.3.1. PARCOURS PRÉOPÉRATOIRE

1.3.1.1. REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

La prise en charge des patients candidats doit être pluridisciplinaire, en lien avec le médecin traitant et potentiellement avec les associations de patients.

L'équipe pluridisciplinaire, dans laquelle un coordonnateur doit être choisi, doit comporter un chirurgien, un médecin spécialiste de l'obésité, un diététicien, un psychiatre ou un psychologue et un anesthésiste-réanimateur. Elle peut avoir recours à un autre professionnel de santé au besoin.

C'est cette équipe qui, après concertation, décidera de la réalisation de l'intervention chez le patient. La décision prise et consignée dans le dossier du patient est transmise à ce dernier, à son médecin traitant et à tous les membres de l'équipe.

1.3.1.2. INFORMATION DU PATIENT

Il doit être informé de manière individuelle et, éventuellement, collective par l'équipe pluridisciplinaire, par le médecin traitant, les associations de patients :

- des risques de l'obésité,
- des différents moyens de prise en charge de l'obésité,
- des différentes techniques chirurgicales (principes, bénéfices et risques),
- des limites de la chirurgie,
- des bénéfices et inconvénients de la chirurgie sur la vie quotidienne, les relations sociales et familiales,
- des bénéfices et inconvénients de la chirurgie en matière de grossesse et de contraception,
- de la nécessité d'une modification du comportement alimentaire et du mode de vie avant et après l'intervention,
- de la nécessité d'un suivi médical et chirurgical la vie durant,
- de la nécessité de suivre un programme d'éducation thérapeutique,
- du soutien possible d'associations de patients,
- de la possibilité de recours à la chirurgie réparatrice et reconstructrice.

Il est recommandé de donner une information écrite au patient par exemple sous la forme d'une brochure.

1.3.1.3. EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL

Cette évaluation nécessite la prise des mesures anthropométriques, la connaissance du statut nutritionnel et vitaminique des patients (réalisation de dosages sanguins des marqueurs nutritionnels et dosages vitaminiques), l'examen dentaire et mesure du coefficient masticatoire.

1.3.1.4. COMORBIDITES

La recherche des comorbidités cardiovasculaires, métaboliques et thromboemboliques, de troubles respiratoires dont le syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil, d'un tabagisme est à effectuer ainsi que leur prise en charge. Un bilan hépatocellulaire accompagnée, si nécessaire, d'une consultation avec un hépato gastroentérologue est à pratiquer ainsi qu'un bilan musculosquelettique et articulaire. De plus, la réalisation d'une fibroscopie

œsogastroduodénale avec biopsies à la recherche de comorbidités digestives (comme les infections à *Helicobacter pylori* qui doivent être traitées avant la chirurgie) est recommandée.

1.3.1.5. GROSSESSE ET CONTRACEPTION

Ce type de chirurgie est contre-indiquée chez la femme enceinte et, par conséquent, la recherche d'une grossesse en cours chez les femmes en âge de procréer est nécessaire ainsi que la mise en place d'une contraception jusqu'à 1,5 an après l'intervention.

Après la chirurgie, lorsqu'une grossesse est envisagée, des évaluations nutritionnelles, diététiques et des examens clinico-biologiques doivent être réalisés. Durant la grossesse et en post-partum, une prise en charge nutritionnelle dans un équipe pluridisciplinaire est à effectuer.

1.3.1.6. DEPISTAGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

L'évaluation et le dépistage des troubles du comportement alimentaire et des troubles psychiatriques sont à effectuer et à prendre en compte dans la prise en charge globale du patient avant mais aussi au cours de son suivi postopératoire.

L'évaluation psychiatrique est nécessaire à :

- identifier les contre-indications psychiatriques à la chirurgie,
- évaluer la motivation du patient et sa capacité à mettre en œuvre les changements comportementaux nécessaires et à participer à un suivi post-opératoire à long terme,
- évaluer les déterminants et les conséquences psychologiques de l'obésité,
- évaluer les connaissances du patient (sur l'obésité et la chirurgie), ressources intellectuelles et connaissances suffisantes pour fournir un consentement éclairé,
- évaluer la qualité de vie,
- déterminer les facteurs de stress psychosociaux, la présence et la qualité du soutien socio familial,
- proposer des prises en charge adaptées avant le suivi et d'orienter le suivi en postopératoire.

1.3.1.7. EDUCATION THERAPEUTIQUE

Il s'agit d'un programme mis en place avec le patient qui le suivra tout au long de sa prise en charge pré et postopératoire. Ses objectifs sont :

- l'amélioration des comportements et des habitudes alimentaires du patient permettant ainsi un maintien du poids avant la chirurgie et rendant cette dernière plus efficace.
- l'organisation d'une activité physique régulière et adaptée au patient.

1.3.2. PRISE EN CHARGE POSTOPÉRATOIRE (12)

Le suivi post-chirurgical immédiat consiste en la prévention des complications thrombo-emboliques et de celles inhérentes à cette chirurgie telles que les hémorragies, les fuites digestives etc...

Le suivi nutritionnel doit être poursuivi après la chirurgie avec réévaluation clinico-biologique et recherche de carences vitaminiques. De plus, la quantification de la perte pondérale ainsi que sa cinétique doivent être réalisées.

Il s'agit également d'être vigilant sur l'évolution des comorbidités, de réévaluer et d'ajuster les traitements de celles-ci.

En postopératoire, le bilan du suivi thérapeutique et sa réadaptation sont à effectuer. La poursuite du suivi chirurgical est nécessaire au dépistage et au traitement des complications tardives de la chirurgie. Les patients peuvent bénéficier d'une chirurgie plastique réparatrice à 1 an minimum de la chirurgie.

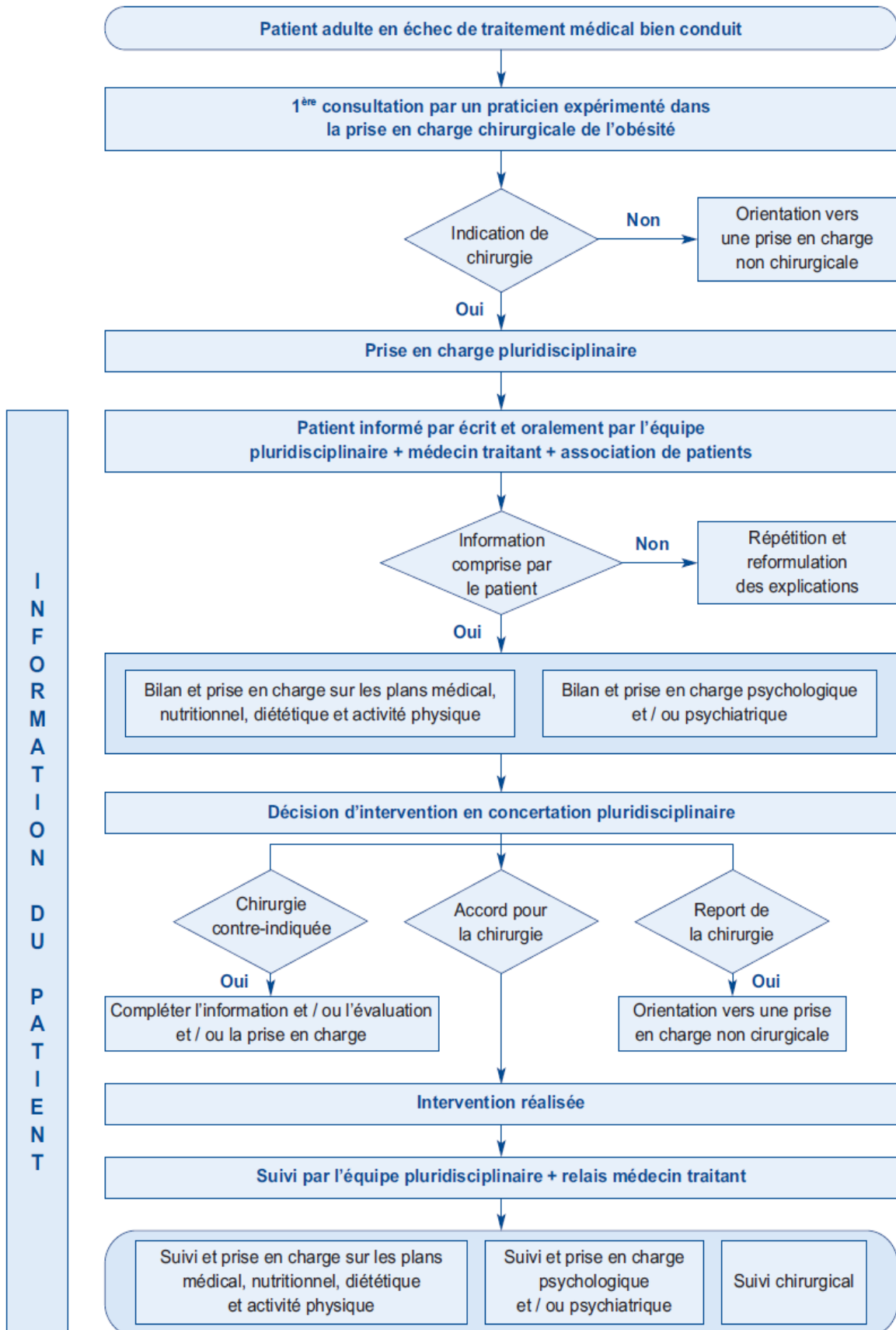
S'agissant du suivi psychologique et psychiatrique du patient, il doit se poursuivre pour les patients avec antécédents de troubles du comportement alimentaire ou de troubles psychiatriques en préopératoire et, pour les autres patients, il peut être envisagé selon la situation. La prise en charge psychologique ou psychiatrique postopératoire doit permettre :

- d'évaluer le retentissement psychologique, social et familial de l'intervention et de la perte de poids,
- d'identifier d'éventuelles difficultés à mettre en oeuvre les changements comportementaux nécessaires et d'aider le patient à surmonter ces difficultés,
- d'accompagner le patient dans les réaménagements psychiques liés à la chirurgie et à la perte de poids (modification de l'image du corps, etc.) et si besoin, proposer une prise en charge adaptée.

Le schéma de suivi postopératoire devrait être de quatre visites au cours de la première année après la chirurgie et d'une visite une à deux fois par an par la suite. La fréquence des visites est à ajuster de manière individuelle.

Dans tous les cas, le suivi du patient doit être effectif durant toute sa vie.

Le schéma ci-dessous résume le parcours chirurgical du patient (12):



1.4. ÉPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

Les troubles psychiatriques dans la population mondiale auraient une prévalence sur la vie entière de 25% selon l'OMS (19). En France, l'Etude Santé Protection Sociale de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé de 2008 a montré que 14% des participants ont rapporté être atteints d'un trouble mental (19). Par ailleurs, d'après l'OMS, la schizophrénie, le trouble bipolaire, l'addiction, la dépression et le trouble obsessionnel compulsif font partie des 10 pathologies les plus invalidantes et onéreuses au niveau mondial (19).

1.4.1. SCHIZOPHRÉNIE

Plus de 21 millions de personnes dans le monde sont atteintes de schizophrénie (20) dont 600000 personnes en France (21). Sa prévalence dans la population générale serait comprise entre 0,6 et 0,8% (22) et son incidence est estimée à 15 nouveaux cas sur 100000 personnes entre 1965 et 2001 (22). Plus d'hommes que de femmes dans le monde présentent cette maladie (12 millions vs 9 millions) selon l'OMS (20).

La schizophrénie est une maladie chronique qui débute généralement entre 15 et 25 ans mais des formes pré-pubertaires et tardives (survenant après 35 ans) existent. Des études semblent montrer qu'elle serait plus sévère et débiterait plus tôt chez les hommes (21).

Sa physiopathologie n'est pas bien connue. Elle reposerait à la fois sur des facteurs génétiques (variants génétiques et mutations ponctuelles) et environnementaux (consommation de cannabis, vivre en milieu urbain, enfants issus de l'immigration) (21).

Elle se traduit par des symptômes positifs (des délires, des hallucinations), des symptômes négatifs (appauvrissement psychique) et une désorganisation cognitive, affective et comportementale.

Les patients atteints de schizophrénie ont 2 à 2,5 fois plus de risque de mourir plus jeunes que la population générale, le plus souvent de maladies cardiovasculaires, métaboliques ou infectieuses (20) mais également par suicide (10% de ces patients) (22).

Le traitement de cette pathologie repose sur l'instauration d'antipsychotiques et une réhabilitation psychosociale (22).

1.4.2. TROUBLES DÉLIRANTS PERSISTANTS (20)

Il s'agit de troubles considérés comme rares avec une prévalence de 0,02 à 0,03% qui débutent à partir de l'âge de 40 ans.

Les troubles délirants persistants regroupent : la psychose paranoïaque, la psychose hallucinatoire chronique, la paraphrénie, les psychoses passionnelles.

Le traitement est de type pharmacologique (antipsychotiques) et psychothérapeutique.

1.4.3. TROUBLE DÉPRESSIF

La dépression concerne 300 millions de personnes dans le monde (23). En France, sa prévalence est de 5% (22). En 2010, 7,5% des 15-85 ans auraient un épisode dépressif majeur dans l'année précédente selon l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (24). Le taux de dépression selon les classes d'âge est différent. Ainsi, elle touche 6,4% des 15-19 ans, 10,1% des 20-34 ans, 9% des 35-54 ans et 4,4% des 55-85 ans (24).

Les femmes en sont plus souvent atteintes que les hommes (prévalence sur la vie entière de 22% chez les femmes contre 11% chez les hommes) (22).

Selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), cinq des symptômes listés ci-dessous doivent être présents presque tous les jours depuis au moins deux semaines, associés à une humeur dépressive et/ou une diminution de l'intérêt ou du plaisir de toutes ou presque toutes les activités quotidiennes pratiquement toute la journée (22) :

- sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessif ou inapproprié
- idées de mort ou de suicide récurrentes
- agitation ou ralentissement psychomoteur
- fatigue
- perte ou gain de poids, diminution ou augmentation de l'appétit
- insomnies ou hypersomnies
- difficultés à penser, à se concentrer ou indécision.

Selon le DSM-5, cette symptomatologie ne peut être associée aux effets d'une substance ou d'une pathologie médicale générale et induit une détresse ainsi qu'une altération du fonctionnement socioprofessionnel ou des autres domaines de la vie.

Les facteurs de risque associés à cette pathologie sont multifactoriels : des événements de vie négatifs (deuil, perte d'emploi, abus sexuels...), une vulnérabilité génétique qui interagirait avec

l'environnement, des anomalies neuronales hippocampiques, un déficit dans la régulation du système de réponse au stress (24)...

Les patients déprimés ont un risque multiplié par 21 de faire une tentative de suicide et, ce risque est multiplié par 4 chez ceux en rémission partielle comparés à ceux en rémission complète selon une évaluation de l'Académie de médecine (24).

Les comorbidités retrouvées sont les troubles anxieux chez près de trois quart des cas, les addictions dans un tiers des cas, les troubles des conduites alimentaires, les troubles de la personnalité (22). De plus, sont retrouvées une morbidité cardiovasculaire plus importante et des comorbidités de type maladies chroniques telles que les maladies inflammatoires, les pathologies cancéreuses et neurodégénératives (22).

Le traitement de cette pathologie est pharmacologique (antidépresseur), psychothérapique et, peuvent être également utilisées l'électroconvulsivothérapie et la stimulation magnétique transcrânienne.

1.4.4. DYSTHYMIE OU TROUBLE DÉPRESSIF PERSISTANT

Cette pathologie chronique a une prévalence de 2 à 4% et une prévalence sur la vie de 3% (25).

En France, on observe une prévalence de 7,9% sur la vie entière (26).

Elle débute avant l'âge de 21 ans (mais peut apparaître également après cet âge) et est présente plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes (25).

Il s'agit d'un type de dépression chronique de durée supérieure à deux ans et d'intensité moins sévère qu'une dépression caractérisée. Les phases sans symptomatologie durent moins de deux mois.

Les comorbidités retrouvées sont : les épisodes dépressifs majeurs (39-76% sur la vie entière au-delà des deux premières années du trouble dysthymique), les troubles anxieux (46% des patients dysthymiques), la phobie sociale (30% des patients dysthymiques), les phobies simples (27%), le trouble panique (13%), les addictions (24%), les troubles de la personnalité (60%) (25).

Le traitement consiste en une prise en charge psychothérapique et la prescription d'antidépresseurs.

1.4.5. TROUBLE BIPOLAIRE

Ce trouble chronique affecte 6 millions de personnes à l'échelle mondiale (23). Il est retrouvé une prévalence de 1 à 2,5% à l'échelle nationale mais elle serait sous-estimée et pourrait

concerner 10% de la population générale (23,20). La prévalence du trouble bipolaire de type I est d'environ 0,6%, celle du trouble bipolaire de type II d'environ 0,4% et celle des formes subsyndromiques est de 1,4% (27).

L'âge de début du trouble se situe globalement entre 17 et 40 ans avec une catégorie d'âge considérée comme à risque si située entre 15 à 25 ans (27). Cette pathologie mentale est retrouvée aussi bien chez les femmes que chez les hommes (sexe ratio de 1) (22).

La maladie se traduit généralement par des alternances d'expansion de l'humeur accompagnée d'une majoration de l'énergie et de l'activité (manie ou hypomanie) avec des épisodes dépressifs ainsi que des phases euthymiques souvent associées à des symptômes intercritiques (22,27).

Les facteurs de risque liés à ce trouble sont : une vulnérabilité génétique (formes familiales), des éléments environnementaux (événements de vie négatifs) selon le modèle biopsychosocial.

Les comorbidités sont à la fois psychiatriques dans 75% des cas (abus/addiction à l'alcool ou à des substances illicites (40-60% sur la vie entière), troubles anxieux (40% sur la vie entière), troubles de la personnalité (30% sur la vie entière), trouble déficit de l'attention et hyperactivité, troubles des conduites alimentaires (15 à 30% sur la vie entière), trouble obsessionnel compulsif (15-30% sur la vie entière), somatiques (troubles cardiovasculaires, syndrome métabolique, pathologies endocriniennes...) (22,27).

La mortalité est 2 fois plus élevée chez les patients qui souffrent de trouble bipolaire par rapport à celle de la population générale et le risque suicidaire est également plus important dans cette population (15 fois plus que dans la population générale) (27). Il est à noter que 15% des patients bipolaires décèdent par suicide (22).

Le traitement de ce trouble repose sur les thymorégulateurs mais aussi la prise en charge psychothérapique, psychoéducationnelle, la remédiation cognitive, le traitement des comorbidités...

Le tableau ci-après représente la « Prévalence des troubles de l'humeur selon les variables socioprofessionnelles en population générale » tirée d'une étude de 2007 de l'Institut de Veille Sanitaire sur la population française (28).

Les épisodes dépressifs récents ou récurrents sont le plus souvent retrouvés en population générale (sexe, âge, statut, type d'emploi tous confondus). La prévalence de ces troubles ainsi que celle de la dysthymie sont prédominantes chez la femme. S'agissant de la prévalence de l'épisode maniaque vie entière, elle est plus importante chez les hommes.

	Hommes						Femmes					
	ED récent	ED récurrent	Dysthymie	E. maniaque vie entière	Au moins un trouble de l'humeur		ED récent	ED récurrent	Dysthymie	E. maniaque vie entière	Au moins un trouble de l'humeur	
	N	%	%	%	%	N	%	%	%	%	%	
Âge en classe												
[18-30[	4 810	10,6	5,6	1,6	2,3	12,9	5 136	15,0	7,8	2,9	1,9	18,0
[30-40[	3 659	9,1	4,5	1,9	2,9	12,3	3 977	12,5	7,0	3,1	1,4	15,9
[40-50[	3 260	9,2	4,6	2,2	2,4	12,2	3 650	13,5	7,1	3,3	1,2	16,5
[50-65[	4 005	8,6	4,5	1,5	1,4	10,3	4 480	12,7	6,8	2,9	1,3	15,4
[65-	2 546	6,5	2,6	1,3	0,6	7,9	4 094	12,2	5,4	3,0	0,4	14,2
Statut d'emploi												
Actif au travail	10 968	7,4	3,9	1,4	1,9	9,9	10 118	11,3	6,3	2,7	1,3	14,2
Retraité	3 597	6,9	3,0	1,5	0,7	8,4	5 117	12,5	6,0	2,9	0,5	14,4
Chômeur	1 494	18,5	9,2	2,9	3,7	22,1	1 296	20,7	11,0	4,3	2,3	25,1
Étudiant	1 511	9,4	4,5	1,6	2,0	11,1	2 194	14,8	7,0	2,7	1,9	17,6
Au foyer	49	9,5	3,7	4,1	0,0	13,6	1 825	12,6	6,8	3,5	0,8	15,2
Autre inactif	661	22,3	11,4	4,3	6,9	26,7	787	17,3	7,2	3,8	1,6	21,0
PCS actifs												
Agriculteur	307	3,3	1,4	0,2	1,0	4,6	105	9,9	4,0	2,9	0	12,8
Artisan-com.	904	7,8	4,6	0,8	1,5	9,6	596	11,6	7,1	1,9	0,4	13,6
Cadre	1 598	5,0	2,8	1,1	1,5	7,8	1 175	7,8	3,3	1,6	0,8	9,9
Prof. Interm.	1 849	5,9	3,2	1,6	1,7	8,4	2 774	8,3	4,5	2,3	1,0	11,0
Employé	2 537	9,5	5,1	2,0	2,2	12,5	4 091	12,9	7,3	3,1	1,6	16,1
Ouvrier	3 773	8,8	4,4	1,6	2,2	11,3	1 377	13,9	8,7	3,0	1,5	16,4
Ensemble	18 820	8,9	4,4	1,7	1,9	11,2	21 337	13,1	6,8	3,0	1,2	15,9

NB : ED : épisode dépressif - N : effectif de l'échantillon - % : pourcentage pondéré.

1.4.6. TROUBLES ANXIEUX

1.4.6.1. TROUBLE ANXIEUX GENERALISE

On estime à 2% la prévalence du trouble anxieux généralisé dans la population mondiale (19). En France, sa prévalence sur la vie entière est de 6% (26).

L'âge de survenue est situé entre 35 et 45 ans (22). Les femmes souffrent plus souvent de ce type de trouble que les hommes (22).

Il s'agit d'une inquiétude pathologique chronique (les troubles devant durer plus de 6 mois).

1.4.6.2. TROUBLE PANIQUE

La prévalence sur la vie entière de ce trouble est comprise entre 1,4% à 2,9% selon les pays (29). En France, elle est retrouvée à 3% selon l'étude de Lépine et al publiée en 2005 (26).

Il survient en général chez le jeune adulte (globalement entre 20 et 30 ans) avec une prédominance féminine (22).

Cette pathologie se traduit par la répétition d'attaques de paniques et peut être compliquée d'agoraphobie.

1.4.6.3. TROUBLE PHOBIQUE

La prévalence de la phobie spécifique sur la vie entière est de 10 à 12% et celle de la phobie sociale est de 5% (22). En France, la première a une prévalence sur la vie entière de 11,6% et la deuxième de 4,7% (26).

La phobie spécifique apparaît dans l'enfance ou à l'adolescence tandis que l'âge de début de la phobie sociale se situe entre 10 et 20 ans (22). Les femmes sont à nouveau plus touchées que les hommes.

Les phobies sont des peurs excessives, incontrôlables et irrationnelles en présence de la situation ou de l'objet phobogène (22). Les patients adoptent alors des conduites d'évitement et une anxiété anticipatoire se développe chez ces sujets.

1.4.6.4. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

La prévalence sur la vie entière du trouble obsessionnel compulsif est d'environ 2% (30). Il est l'une des causes responsables d'années de vie vécues avec une incapacité chez les 15-44 ans avec une fréquence de 1,4% en 2000 au niveau mondial (31).

C'est un trouble chronique d'apparition précoce car il débute dans 65% des cas avant l'âge de 25 ans et dans 15% des cas après l'âge de 35 ans (30). Il n'y a pas de différence de fréquence entre les sexes (22).

Il associe des obsessions (pensées envahissantes, angoissantes, répétitives) et des compulsions quotidiennes et chronophages chez les sujets atteints.

Un dysfonctionnement des ganglions de la base est propre aux troubles obsessionnels compulsifs et provoquerait des troubles du contrôle de l'action chez les sujets atteints (30).

1.4.6.5. SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Sa prévalence sur la vie entière serait de 1% (22). Une étude de l'OMS a montré que 3,6% de la population mondiale ont été atteints d'un syndrome de stress post-traumatique dans l'année précédente (32). Dans la population française, sa prévalence sur la vie entière est de 3,9% (26). Les sujets subissant un traumatisme ont 10% à 50% de risque d'apparition de ce trouble (22).

Les femmes sont plus souvent concernées par cette pathologie que les hommes (sexe ratio de 2 femmes pour 1 homme) (22).

Le syndrome de stress post-traumatique est la persistance ou l'apparition à plus d'un mois d'un traumatisme psychologique d'une symptomatologie à type de reviviscence de la situation

traumatique, hyperactivité neurovégétative avec conduites d'évitement entraînant une souffrance psychique chez le sujet (22).

1.4.6.6. TROUBLE DE L'ADAPTATION

Le trouble de l'adaptation concerne 1% de la population générale (22). Il est retrouvé comme étant un motif principal de consultation chez les patients pris en charge en ambulatoire avec une fréquence de 5 à 20% (33). Il représente 12% à 20% des motifs de consultation en psychiatrie de liaison (22).

Ce trouble apparaît à n'importe quel âge et on observe une prévalence féminine uniquement à l'âge adulte (sexe ratio de 2 femmes pour 1 homme) (22).

Il survient lors d'une situation de stress (événement de vie) à laquelle l'individu n'arrive pas à s'adapter (22).

Les troubles de la personnalité représentent le facteur de risque prédominant du trouble de l'adaptation (présents dans 15% des cas) (22).

D'une manière générale, les facteurs de risque des troubles anxieux selon le modèle biopsychosocial sont : une vulnérabilité génétique, des facteurs environnementaux, l'existence d'une comorbidité psychiatrique.

Les comorbidités psychiatriques des troubles anxieux sont nombreuses (26% chez les patients français présentant un trouble anxieux ont une comorbidité psychiatrique (26)). On pourra citer : les autres pathologies anxieuses, les troubles de la personnalité, le trouble dépressif, les addictions (22).

Le traitement des troubles anxieux repose sur des antidépresseurs, des anxiolytiques, une prise en charge psychoéducative, psychotérapie de type thérapie cognitivo-comportementale (TCC).

Le tableau ci-après fait état de la «Prévalence des troubles anxieux selon les variables socioprofessionnelles en population générale » tirée d'une étude de 2007 de l'Institut de Veille Sanitaire sur la population française (28).

L'anxiété généralisée, le trouble panique, la phobie sociale sont les pathologies psychiatriques les plus retrouvées en population générale (sexe, âge, statut d'emploi et type d'emploi tous confondus). La prévalence de ces troubles est plus importante chez les femmes que chez les hommes.

	Hommes							Femmes						
	Anxiété généralisée	Troubles panique	Agoraph.	Phobie sociale	SPT	Au moins un tr. anxieux		Anxiété généralisée	Troubles panique	Agoraph.	Phobie sociale	SPT	Au moins un tr. anxieux	
	N	%	%	%	%	%	N	%	%	%	%	%	%	
Âge en classe														
[18-30[	4 810	12,9	4,2	1,7	4,8	0,9	22,1	5 136	15,1	7,4	2,6	7,5	1,1	29,9
[30-40[	3 659	12,1	3,4	1,5	3,5	0,4	19,1	3 977	16,1	5,4	2,7	5,0	0,8	26,8
[40-50[	3 260	12,3	3,4	1,1	2,9	0,6	19,0	3 650	16,0	5,4	3,4	5,8	0,7	27,8
[50-65[	4 005	9,7	2,7	1,7	2,7	0,7	15,8	4 480	15,1	5,4	3,2	5,6	0,6	26,5
[65-	2 546	6,0	1,4	1,2	1,6	0,6	10,0	4 094	11,3	2,6	1,8	2,7	0,5	17,7
Statut d'emploi														
Actif au travail	10 968	11,3	2,7	1,2	3,0	0,5	17,3	10 118	14,9	5,3	2,4	5,3	0,7	25,7
Retraité	3 597	6,3	1,6	1,3	1,8	0,6	10,6	5 117	12,9	3,3	2,1	3,2	0,7	20,4
Chômeur	1 494	17,1	6,2	2,1	4,6	1,7	28,1	1 296	19,2	7,9	4,6	7,0	1,1	34,2
Étudiant	1 511	11,5	3,2	1,2	5,3	0,7	20,6	2 194	14,4	7,2	2,0	9,1	1,0	29,8
Au foyer	49	20,8	5,1	3,2	3,7	0,0	29,1	1 825	14,3	4,7	3,0	5,4	0,8	25,3
Autre inactif	661	15,0	10,0	5,1	7,4	1,0	31,9	787	13,0	5,3	4,6	4,7	0,7	25,0
PCS actifs														
Agriculteur	307	8,9	1,5	0,8	1,0	0,2	12,1	105	11,1	0,8	2,1	2,5	0,0	15,1
Artisan-com.	904	12,0	2,3	1,0	2,3	0,3	16,4	596	14,4	5,0	2,1	2,2	0,7	22,8
Cadre	1 598	9,2	1,7	1,1	2,2	0,3	13,7	1 175	11,6	3,4	1,8	3,8	0,4	20,0
Prof. Interm.	1 849	8,9	3,0	1,2	2,4	0,3	14,8	2 774	11,8	4,2	1,5	4,6	0,5	20,9
Employé	2 537	13,6	3,4	1,3	3,8	0,5	20,9	4 091	16,9	6,3	2,9	6,4	0,7	29,3
Ouvrier	3 773	12,8	3,0	1,4	3,6	0,8	19,8	1 377	16,7	6,3	2,7	5,1	1,0	29,0
Ensemble	18 820	10,7	3,1	1,5	3,2	0,6	17,4	21 337	14,5	5,1	2,7	5,2	0,7	25,4

NB : SPT : syndrome de stress post-traumatique - N : effectif de l'échantillon - % : pourcentage pondéré.

1.4.7. TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Dans la population générale, les troubles de la personnalité ont une fréquence de 10% aux Etats-Unis mais cette prévalence fluctue dans les pays européens et en Afrique (34) et chacun d'entre eux y est retrouvé entre 1 et 3% (22).

Les troubles de la personnalité sont répartis en trois grandes familles : psychotique (par exemple : personnalité paranoïaque), émotionnelle et impulsive (par exemple : personnalité antisociale et personnalité borderline) et anxieuse (par exemple : personnalité évitante, personnalité obsessionnelle compulsive) (22).

Dans 50% des cas les troubles de la personnalité sont des comorbidités des troubles anxieux, du trouble dépressif et autre trouble de l'humeur, des troubles addictifs (22)...

Ils altèrent la qualité de vie des patients et leur insertion socioprofessionnelle (22).

Le traitement des troubles de la personnalité est particulièrement délicat et repose sur la psychothérapie et le traitement des pathologies comorbides (22).

1.4.8. ADDICTIONS : TABAC, ALCOOL, SUBSTANCES ILLICITES

L'addiction est un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écartier ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives (22).

Elles sont un problème majeur de santé publique au niveau mondial mais également au niveau national (22).

1.4.8.1. TABAC

Selon une étude de l'OMS de 2002 (35), les pays en voie de développement comportent 50% de fumeurs et 9% fumeuses et les pays développés en comptent respectivement 35 et 22%. La prévalence des fumeurs était de 34% en 2010 chez les 15-75 ans et 49% d'entre eux sont dépendants au tabac (22). Un décès sur dix est lié au tabac dans le monde (22).

1.4.8.2. ALCOOL

La prévalence de l'addiction à l'alcool est de 3% dans la population générale et 7% des 17-75 ans auraient eu ou auraient un « usage problématique » de cette substance (22).

Les hommes en sont plus souvent touchés que les femmes (22).

1.4.8.3. SUBSTANCES ILLICITES

Selon l'Office contre la Drogue et le Crime des Nations Unis ou ONUDC (2003), 200 millions de personnes consommeraient une substance illicite et la plus souvent retrouvée serait le cannabis (35). Entre 2000 et 2001, 2,7% de la population mondiale aurait consommé du cannabis au moins une fois et « 8% des jeunes d'Europe occidentale et plus de 20% de ceux des Etats-Unis d'Amérique » auraient pris « au moins un type de substance illicite autre que le cannabis » (35). En France, 1,2% de la population serait consommatrice régulière de cannabis et il y aurait 160 000 consommateurs réguliers d'héroïne (22)...

Les 15-25 ans sont plus concernés que les autres classes d'âge (34,35). Les hommes en sont plus consommateurs que les femmes (35).

Les facteurs de risque d'addiction retrouvés sont l'âge, une vulnérabilité génétique/individuelle, des facteurs environnementaux (34,35).

Les comorbidités générales des troubles addictifs sont : une affection psychiatrique, une autre addiction à une substance.

Dans les pays développés, les causes importantes de mortalité et d'incapacité sont représentées par le tabac et l'alcool (35). Ce sont donc les substances licites qui sont les plus responsables des « problèmes de santé » mondiaux (35).

La prise en charge des patients ayant une addiction est multidisciplinaire (36). Le traitement est médicamenteux mais consiste également en une prise en charge psychosociale (36).

Le tableau ci-dessous représente la « Prévalence annuelle estimée de l'usage de substances illicites dans le monde, 2000-2001 ». Il est tiré de ONUDC (2003) : « Tendances mondiale des drogues illicites 2003 ». New York, N.Y., Nations Unies, Office contre la drogue et le crime.

	Toutes substances illicites confondues	Cannabis	Stimulants de type amphétamine		Cocaïne	Tous opioïdes confondus	Héroïne
			Amphétamines	Ecstasy			
Nombre d'utilisateurs (millions)	200	162,8	34,3	7,7	14,1	14,9	9,5
Pourcentage de l'ensemble de la population (%)	3,4	2,7	0,6	0,1	0,2	0,3	0,16
Pourcentage de la population des 15 ans et plus (%)	4,7	3,9	0,8	0,2	0,3	0,4	0,22

Le tableau suivant représente la « Prévalence des conduites addictives, alcool et drogues illicites (dépendance ou consommation abusive), selon les variables socioprofessionnelles, en population générale » tirée d'une étude de 2007 de l'Institut de Veille Sanitaire sur la population française (28).

Il existe une prédominance de la prévalence de l'addiction à alcool comparée aux autres addictions en population générale (âge, sexe, statut et type d'emploi tous confondus). Les addictions sont plus retrouvées en population masculine que féminine.

	Hommes			Femmes		
	N	Alcool	Droque	N	Alcool	Droque
		%	%		%	%
Âge en classe						
[18-30[	4 810	9,7	11,8	5 136	2,6	4,2
[30-40[	3 659	9,0	4,2	3 977	1,9	1,1
[40-50[	3 260	7,6	1,9	3 650	1,4	0,8
[50-65[	4 005	6,7	0,3	4 480	1,1	0,2
[65-	2 546	2,6	0,0	4 094	0,5	0,0
Statut d'emploi						
Actif au travail	10 968	7,4	3,2	10 118	1,6	1,1
Retraité	3 597	3,3	0,1	5 117	0,6	0,1
Chômeur	1 494	14,1	10,3	1 296	2,1	2,4
Étudiant	1 511	8,1	11,8	2 194	2,7	4,5
Au foyer	49	1,7	0,0	1 825	0,9	0,6
Autre inactif	661	14,1	9,3	787	2,3	1,8
PCS actifs						
Agriculteur	307	3,5	0,0	105	0,8	0,1
Artisan-com.	904	6,7	1,8	596	1,8	0,1
Cadre	1 598	4,2	1,8	1 175	1,5	0,8
Prof. Interm.	1 849	5,1	2,6	2 774	1,2	1,0
Employé	2 537	8,1	4,7	4 091	1,5	1,3
Ouvrier	3 773	10,3	4,3	1 377	3,2	1,7
Ensemble	18 820	7,2	3,9	21 337	1,5	1,2

1.4.9 TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

1.4.9.1. ANOREXIE MENTALE

La prévalence sur la vie de l'anorexie mentale serait de 0,6% dans le monde (22). En France, en 2008, 0,5% des adolescentes et 0,03% avant 18 ans en ont été affectés (37).

L'âge de survenue est généralement situé chez les sujets jeunes (15-25 ans) et les femmes sont plus touchées que les hommes (sexe-ratio de 8 femmes pour 1 homme) (22).

Cette pathologie est définie selon le DSM-5 par une restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas, une peur intense de prendre du poids et de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale, une altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), une faible estime de soi (influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle), ou un manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle (22).

Les facteurs de risque sont multiples : facteurs génétiques, psychologiques, environnementaux, socioculturels, « hyperfonctionnement du système sérotoninergique », perturbation du « système de récompense » (37).

Les comorbidités les plus souvent associées à ce trouble sont les épisodes dépressifs majeurs (avec augmentation du risque suicidaire), les troubles obsessionnels et compulsifs, la phobie sociale, les troubles anxieux, le trouble de personnalité borderline, les addictions (22).

La mortalité liée à ce trouble concerne 1/3 des patients est d'environ 1% par an (22).

Le traitement consiste en une prise en charge multidisciplinaire, la mise en place d'une pharmacothérapie, une psychothérapie, une TCC...

1.4.9.2. BOULIMIE NERVEUSE

Sa prévalence sur la vie est comprise entre 1 à 1,5% dans le monde (22). En France, 1,5% des 11-20 ans est concerné (38).

L'âge propice à l'apparition de cette pathologie est situé entre 10 et 19 ans et les femmes sont 3 fois plus touchées que les hommes par ce trouble (22).

Les critères du DSM-5 pour ce trouble sont la survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée, la mise en oeuvre de comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids, fréquence moyenne des épisodes d'au moins 1 fois par semaine durant au moins 3 mois, une estime de soi perturbée de manière excessive (22).

Les facteurs de risque sont multiples : facteurs génétiques, psychologiques, environnementaux, socioculturels (38).

Les comorbidités psychiatriques sont : les addictions (30 à 40%), l'épisode dépressif majeur, le trouble bipolaire, les troubles anxieux, le trouble de la personnalité borderline, les tentatives de suicide (22).

La mortalité liée au trouble est le double de celle retrouvée dans la population générale (38).

Le traitement est pharmacologique associé à une prise en charge psychothérapique, une TCC.

1.4.9.3. BINGE EATING DISORDER OU HYPERPHAGIE BOULIMIQUE

Le binge eating a une prévalence sur la vie entière qui est comprise entre 3 et 5% (22). En France, elle est de 0,7% chez les femmes en population générale (38).

Les sujets dont l'âge est compris entre 16 et 20 ans sont les plus concernés (38). Le sexe-ratio est de deux femmes pour un homme (22). On observe que 40% des personnes touchées sont des hommes ainsi que « 9 à 15% des femmes consultant pour surpoids » (22).

L'hyperphagie boulimique atteint 30 à 50% des patients obèses (22).

Selon le DSM-5, ce trouble correspond à la survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée associée avec au moins 3 des éléments suivants : manger beaucoup plus rapidement que la normale, et/ou jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale, et/ou de

grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim, et/ou manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe, se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé. Une détresse marquée en lien avec l'existence de cette hyperphagie est présente, les épisodes d'hyperphagie se produisent au moins 1 fois par semaine pendant au moins 3 mois consécutifs, le trouble n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés (22).

Les facteurs de risque sont multiples : facteurs génétiques, psychologiques, environnementaux, socioculturels (38).

Les comorbidités psychiatriques sont le trouble bipolaire, l'épisode dépressif caractérisé, les troubles anxieux, la phobie sociale, les addictions, le risque suicidaire (22).

La mortalité est probablement supérieure à la population générale (38).

La prise en charge de ce trouble du comportement alimentaire est précoce, essentiellement nutritionnelle, éventuellement, pharmacothérapique. Les prises en charge psychothérapiques sont peu efficaces (22).

Tableau ci-après tiré de : « Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010 » Sous la direction de François Beck et Jean-Baptiste Richard (INPES)

La fréquence des différents troubles alimentaires chez les 15-30 ans est prédominante chez les 15-19 ans et dans la population féminine. En population générale (toutes les tranches d'âges et sexe confondus), les comportements boulimiques ou de binge eating sont prépondérants.

Fréquence de survenue des différents troubles alimentaires au cours des 12 derniers mois parmi les 15-30 ans en 2010, selon l'âge et le sexe (en pourcentage)

	Ensemble			Hommes			Femmes		
	Jamais	Rarement	Souvent	Jamais	Rarement	Souvent	Jamais	Rarement	Souvent
15-19 ans									
Manger énormément avec de la peine à s'arrêter	52,0	34,7	13,3	57,8	31,4	10,8	45,8	38,1	16,0
Se faire vomir volontairement	97,3	2,1	0,6	99,0	0,9	0,1	95,5	3,5	1,0
Redouter de commencer à manger...	82,9	11,4	5,7	90,4	8,7	0,9	75,1	14,2	10,8
Manger en cachette	74,3	18,5	7,1	75,0	19,2	5,8	73,6	17,9	8,5
20-25 ans									
Manger énormément avec de la peine à s'arrêter	57,6	29,5	12,9	59,2	29,7	11,2	56,0	29,4	14,6
Se faire vomir volontairement	95,7	4,0	0,4	95,6	4,1	0,3	95,7	3,8	0,4
Redouter de commencer à manger...	93,4	3,7	2,9	97,2	1,7	1,0	89,6	5,7	4,7
Manger en cachette	88,7	7,8	3,5	89,9	8,2	1,9	87,6	7,4	5,0
26-30 ans									
Manger énormément avec de la peine à s'arrêter	61,3	27,3	11,3	57,5	32,4	10,1	65,2	22,3	12,5
Se faire vomir volontairement	96,1	3,6	0,3	97,2	2,8	0,0	95,0	4,4	0,6
Redouter de commencer à manger...	90,9	5,8	3,4	92,3	4,5	3,2	89,5	7,0	3,5
Manger en cachette	89,1	7,8	3,1	90,6	6,2	3,1	87,6	9,4	3,0
Ensemble (15-30 ans)									
Manger énormément avec de la peine à s'arrêter	57,0	30,4	12,5	58,2	31,1	10,7	55,9	29,8	14,4
Se faire vomir volontairement	96,3	3,3	0,4	97,2	2,7	0,1	95,4	3,9	0,7
Redouter de commencer à manger...	89,4	6,7	3,9	93,5	4,8	1,7	85,2	8,7	6,1
Manger en cachette	84,4	11,1	4,5	85,4	11,0	3,5	83,4	11,2	5,4

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

2. ÉTUDE SUR LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES AVANT ET APRES SLEEVE GASTRECTOMY

2.1. INTRODUCTION

L'obésité, associée à de nombreuses comorbidités et à une mortalité plus importante chez les patients qui en sont atteints, constitue un problème de santé publique majeur. Ainsi, le recours aux chirurgies bariatriques -qui ont fait la preuve de la diminution des comorbidités et de la mortalité globale (y compris de la mortalité cardiovasculaire, par diabète, par cancer) en lien avec l'obésité- s'est fortement accru ces dernières années en France multipliant par 7 le nombre annuel d'actes de chirurgie bariatrique entre 1997 et 2006 (2,3). Le bénéfice attendu de ces interventions est également l'amélioration globale de la qualité de vie des patients.

Sur le plan psychiatrique, aucun profil type du candidat à la chirurgie bariatrique ou facteur prédictif du résultat du traitement n'est réellement repéré, néanmoins, certaines attitudes ou traits de personnalité pourraient influencer l'issue de l'intervention (17). De ce fait, l'évaluation psychologique ou psychiatrique préopératoire obligatoire permet, prioritairement, le dépistage d'une « contre-indication psychiatrique absolue » mais également, l'identification de troubles psychiatriques pouvant être à l'origine de « contre-indications temporaires » à la chirurgie ou d'une évolution post-opératoire moins favorable ainsi que leur prise en charge (39).

Dans la littérature, les troubles psychiatriques les plus retrouvés en préopératoire sont les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles du comportement alimentaire, l'abus d'alcool et de substance illicite, la dépendance, le comportement obsessionnel compulsif. Bien que l'étude de Malik et al. de 2014 ait montré un taux significatif de 57,8% de troubles psychiatriques présents chez les candidats à la chirurgie bariatrique avec pour diagnostic le plus fréquent les troubles anxieux (46,3%) (40), l'étude de Da Silva et al. de 2015 suggère qu'il y aurait un sous-diagnostic de ces troubles (en particulier les troubles de l'humeur) chez les patients candidats à la chirurgie bariatrique pouvant entraîner des conséquences sévères sur le pronostic médical et psychiatrique par un traitement inadéquat ou insuffisant (41).

La plupart des études telles que l'étude suédoise SOS publiée en 1998 et la méta-analyse de Dawes et al. publiée en 2016 (39,40) suggèrent que la fréquence de la dépression et celle de l'anxiété décroissent en postopératoire. Cependant, d'autres études comme celle de Kovacz et al. publiée en 2016 ont montré une recrudescence de pathologies psychiatriques telles que les troubles de l'humeur, les troubles du comportement, le suicide (44).

La Sleeve gastrectomie est une chirurgie bariatrique récente de plus en plus utilisée du fait de son efficacité et de ses faibles risques de complications post-chirurgie. Peu d'études ont été effectuées sur la Sleeve gastrectomy s'agissant de ses effets sur les pathologies psychiatriques préexistantes.

L'objectif de notre étude a donc été d'évaluer la fréquence de sujets avec trouble psychiatrique dans un échantillon de patients en pré-sleeve gastrectomy ainsi que dans un autre échantillon de patients en post-sleeve gastrectomy tous suivis sur le Centre Hospitalo- Universitaire (CHU) de Rouen. Les objectifs secondaires ont été de rechercher la présence de biais cognitifs chez tous les patients inclus et de déterminer la fréquence des troubles psychiatriques notamment la dépression, l'anxiété, la boulimie, le binge eating pour chacun des groupes pré- et post-sleeve gastrectomy.

2.2. MATÉRIELS ET MÉTHODES

2.2.1. SCHÉMA DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude observationnelle débutée en Mai 2016 et menée sur 54 patients suivis au CHU de Rouen candidats à une sleeve gastrectomy ou ayant déjà bénéficié d'une sleeve gastrectomy.

2.2.2. POPULATION ÉTUDIÉE

2.2.2.1. CRITERES D'INCLUSION

Les critères d'inclusion ont été un âge ≥ 18 ans, être candidat à une sleeve gastrectomy avec avis favorable de l'équipe pluridisciplinaire, être à au moins 6 mois d'un traitement chirurgical de l'obésité par sleeve gastrectomy.

2.2.2.2. CRITERES D'EXCLUSION

Les critères d'exclusion ont été un avis psychiatrique défavorable à la chirurgie, un âge inférieur à 18 ans, les patients ayant un antécédent de chirurgie bariatrique autre que la sleeve gastrectomy et les majeurs protégés.

2.2.3. RECUEIL DES DONNÉES

Les patients candidats à la sleeve gastrectomie ont été évalués de quelques semaines à quelques mois avant l'intervention chirurgicale. Les patients post-chirurgie ont été soumis aux questionnaires au moins à 6 mois de leur intervention. Dès obtention de leur consentement libre et éclairé, les données démographiques (âge, sexe), morphologiques (poids actuel, poids maximum, poids minimum, taille, IMC), les antécédents médico-chirurgicaux des patients et, pour les patients en post-chirurgie, la date de la chirurgie ont été recueillis au cours de l'entretien. De plus, quatre échelles validées ont été administrées aux patients sans que leur parcours de soin n'ait été modifié. Ces questionnaires sont l'Inventaire de la Boulimie d'Edinburgh d'Henderson & Freeman (1987) (B.I.T.E) (Annexe 1), l'échelle d'Attitudes Dysfonctionnelles de Weissman et Beck traduite par Cottraux (DAS) (Annexe 2), l'Echelle d'Anxiété et de Dépression (HAD) de Zigmond A.S. et Snaith R.P selon la version française validée par Lépine et al. (1985) et par Ravazi et al. (1989) (Annexe 3) et le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) de Lecrubier Y. et al de 1997 (Annexe 4).

L'échelle B.I.T.E comporte 33 items et deux sous-échelles (l'échelle des symptômes sur 30 items et l'échelle de la sévérité sur 3 items). Elle permet d'évaluer les aspects cognitifs et comportementaux de la boulimie nerveuse et du « binge eating » chez les patients obèses et fournit un indice de gravité des symptômes. Elle est très utilisée comme instrument de dépistage dans les recherches épidémiologiques et longitudinales de patients atteints de boulimie nerveuse et également dans la pratique clinique pour évaluer des patients car elle englobe les critères du DSM de boulimie nerveuse. Sa consistance interne est évaluée à 0,63 pour la sous-échelle de la gravité et à 0,96 pour celle des symptômes. (45)

L'échelle DAS évalue des attitudes et erreurs systématiques relatives à la triade cognitive dépressive de Beck c'est-à-dire mesure les biais cognitifs liés à la dépression (46). Les vulnérabilités face aux symptômes dépressifs sont ainsi explorées (47). Les patients se voient proposer 40 affirmations et doivent évaluer leur degré d'accord ou de désaccord sur une échelle dont les scores varient de 1 à 7. Le total des points est compris entre 40 et 280. La moyenne des scores français normaux est de $115,77 \pm 25,94$ (46). Un résultat supérieur à 136-166 est considéré comme élevé et correspond à un haut degré d'attitudes dysfonctionnelles de type dépressives (46).

L'échelle HAD identifie une symptomatologie anxiodépressive et évalue la sévérité sans distinction des différents types de dépression ou états anxieux (48). Elle comprend 14 items dont les réponses possibles sont assorties à des scores variant de 0 à 3. Le temps de passation est rapide. Selon Zigmond et Snaith (1983), les scores compris entre 0 et 7 sont liés à une absence de troubles anxieux et de troubles dépressifs, ceux entre 8 et 10 à des troubles anxieux ou dépressifs possibles et ceux entre 11 et 21 à des troubles anxieux ou dépressifs avérés. « Sa validité discriminante est satisfaisante » : les scores élevés de HADS (anxiété et dépression) sont obtenus chez les sujets atteints de troubles psychiatriques tandis que les scores bas sont retrouvés chez les sujets « sains » (18).

Le questionnaire MINI sert au diagnostic de l'épisode dépressif majeur, de la dysthymie, du risque suicidaire, de l'épisode (hypo-)maniaque, du trouble bipolaire, du trouble panique, de l'agoraphobie, de la phobie sociale, du trouble obsessionnel compulsif, de l'état de stress post-traumatique, de la dépendance ou de l'abus d'alcool et de drogues, d'une psychose, de l'anorexie mentale, de la boulimie mentale, de l'anxiété généralisée et du trouble de la personnalité antisociale sur la vie entière et/ou sur la période actuelle. Selon Lecrubier et al. (1997), en fonction de la pathologie psychiatrique, la sensibilité du MINI peut fluctuer entre 46 et 94%, sa spécificité entre 79 et 97% et son coefficient de concordance entre 0,36 et 0,82 (49).

Les patients de l'étude ont donc été répartis en deux groupes : le groupe pré-sleeve gastrectomy pour ceux candidats à cette intervention et le groupe post-sleeve gastrectomy pour ceux ayant déjà été opérés.

2.2.4. CRITÈRES DE JUGEMENT

-Le critère de jugement principal a été la présence d'un trouble psychiatrique parmi les patients inclus.

-Les critères de jugement secondaires ont été de caractériser les troubles psychiatriques diagnostiqués après passation des échelles (épisode dépressif majeur, épisode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques, dysthymie, risque suicidaire, épisode (hypo-)maniaque, trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif, état de stress post-traumatique, dépendance /abus de toxique, troubles psychotiques, anorexie mentale, boulimie, binge eating, anxiété, anxiété généralisée, trouble de la personnalité antisociale) et la présence d'attitudes dysfonctionnelles.

2.2.5. STATISTIQUES

2.2.5.1. CALCUL D'EFFECTIF

Le nombre de sujets nécessaires pour un pourcentage attendu en pré-chirurgie de 58% de patients atteints de troubles psychiatriques et celui attendu en post-chirurgie de 19% avec un risque alpha de 0,05 et une puissance de 0,9 est de 27 patients dans chacun des deux groupes pré- et post-sleeve.

2.2.5.2. ANALYSE STATISTIQUE

L'analyse du critère de jugement principal et celle du critère de jugement secondaire ont été réalisées sur chacun des groupes pré- et post-sleeve gastrectomie. Les analyses complémentaires ont été réalisées en comparant « groupe pré-sleeve » avec « groupe post-sleeve ».

Le logiciel Epi Info 7.2.1 a été utilisé pour l'analyse. Des tests statistiques de type chi2 ou Fisher ont été effectués pour les variables qualitatives et le test de Student pour les variables quantitatives.

Une différence a été considérée pour p-value inférieure à 0,05.

2.3. RÉSULTATS

Entre Mai 2016 et Avril 2017, 54 patients ont été inclus dans l'étude. Le groupe pré-sleeve gastrectomy et le groupe post-sleeve gastrectomy ont, chacun, comporté 27 patients. Les patients du groupe post-sleeve ont été vus entre 6 et 11 mois après l'opération. Dans le groupe pré-sleeve, sont retrouvés 16 patients avec au moins un trouble psychiatrique alors que dans le groupe post-sleeve ne sont relevés que 5 patients. Le pourcentage de patients ayant au moins un trouble psychiatrique est donc de 59,3% IC95% [40,8 ; 77,8] dans le groupe pré-sleeve et est de 18,5% IC95% [3,9 ; 33,1] dans le groupe post-sleeve. Cette différence entre les deux groupes est retrouvée significative ($p < 0,003$).

2.3.1. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET MORPHOLOGIQUES DES PATIENTS

Les caractéristiques démographiques et morphologiques des patients de l'étude sont résumées dans le Tableau 1.

Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes pour le sexe ratio et l'âge (NS). La moyenne des IMC du groupe pré-sleeve et la moyenne des poids de ce groupe sont retrouvées plus élevées que dans le groupe post-sleeve l'IMC ($p < 0,0001$). Il n'est pas observé de différence significative entre les deux groupes pour le poids maximal (NS).

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques, morphologiques dans la population étudiée et dans les deux groupes pré et post-sleeve

	Population totale	Groupe pré-sleeve	Groupe post-sleeve
Sexe:			
Nombre de femmes (%)	42 (77,8)	20 (74,1)	22 (81,5)
Nombre d' hommes (%)	12 (22,2)	7 (25,9)	5 (18,5)
Âge (ans):			
Moyenne	39,1	38,6	39,5
Minimum	20	20	20
Maximum	67	63	67
Ecart type	12,6	13,7	11,7
Médiane	38,5	38	39
IMC (Kg/m²):			
Moyenne	37,8	45,2 *	30,5
Minimum	25,2	37,6	25,2
Maximum	69,5	69,5	37,4
Ecart type	9,0	6,4	3,2
Médiane	37,5	43,6	30,5
Poids (Kg):			
Moyenne	104,1	124 *	84,3
Minimum	65	93	65
Maximum	179	179	131
Ecart type	27,8	23,8	13,7
Médiane	100	115	84
Poids maximum (Kg):			
Moyenne	125,7	128,8	122,9
Minimum	100	100	102
Maximum	179	179	164
Ecart type	20,1	24,0	15,0
Médiane	122	125	120
Vus à N mois de la chirurgie :			
Moyenne			7,2
Minimum	–	–	6
Maximum			11
Ecart type			1,3
Médiane			7

*: $p < 0,0001$ comparé au groupe post-sleeve

2.3.2. ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES DES PATIENTS

Les antécédents psychiatriques des patients de l'étude sont présentés dans la Figure 1.

Il n'y a pas de différence significative retrouvée entre les deux groupes pré- et post-sleeve pour les pourcentages de patients ayant au moins un antécédent de trouble psychiatrique (NS), pour les pourcentages de patients ayant au moins un antécédent de tentative de suicide (NS) et pour les pourcentages de patients ayant un traitement psychotrope (NS).

2.3.3. ANTÉCÉDENTS D'OBÉSITÉ DANS L'ENFANCE, D'OBÉSITÉ FAMILIALE, DE FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRES ET DE COMPLICATIONS LIÉES À L'OBÉSITÉ DES PATIENTS

Les antécédents d'obésité dans l'enfance, d'obésité familiale, de facteurs de risque cardiovasculaire et de complications liées à l'obésité de la population étudiée sont présentés dans la Figure 2.

Il n'est pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes s'agissant des pourcentages d'antécédent d'obésité familiale, d'obésité dans l'enfance, des antécédents rhumatologiques, de stéatose hépatique, de syndrome d'apnée du sommeil, de tabagisme, d'hypertension artérielle, de cholestérol et de diabète (NS). On observe une absence de patient alcoolique chronique dans l'étude.

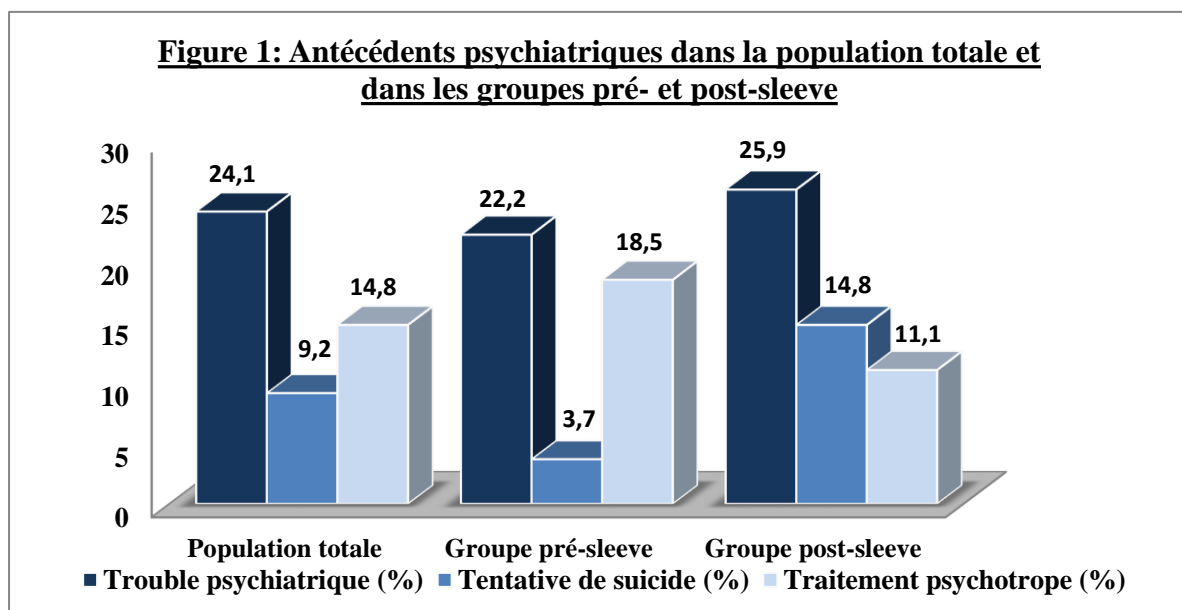
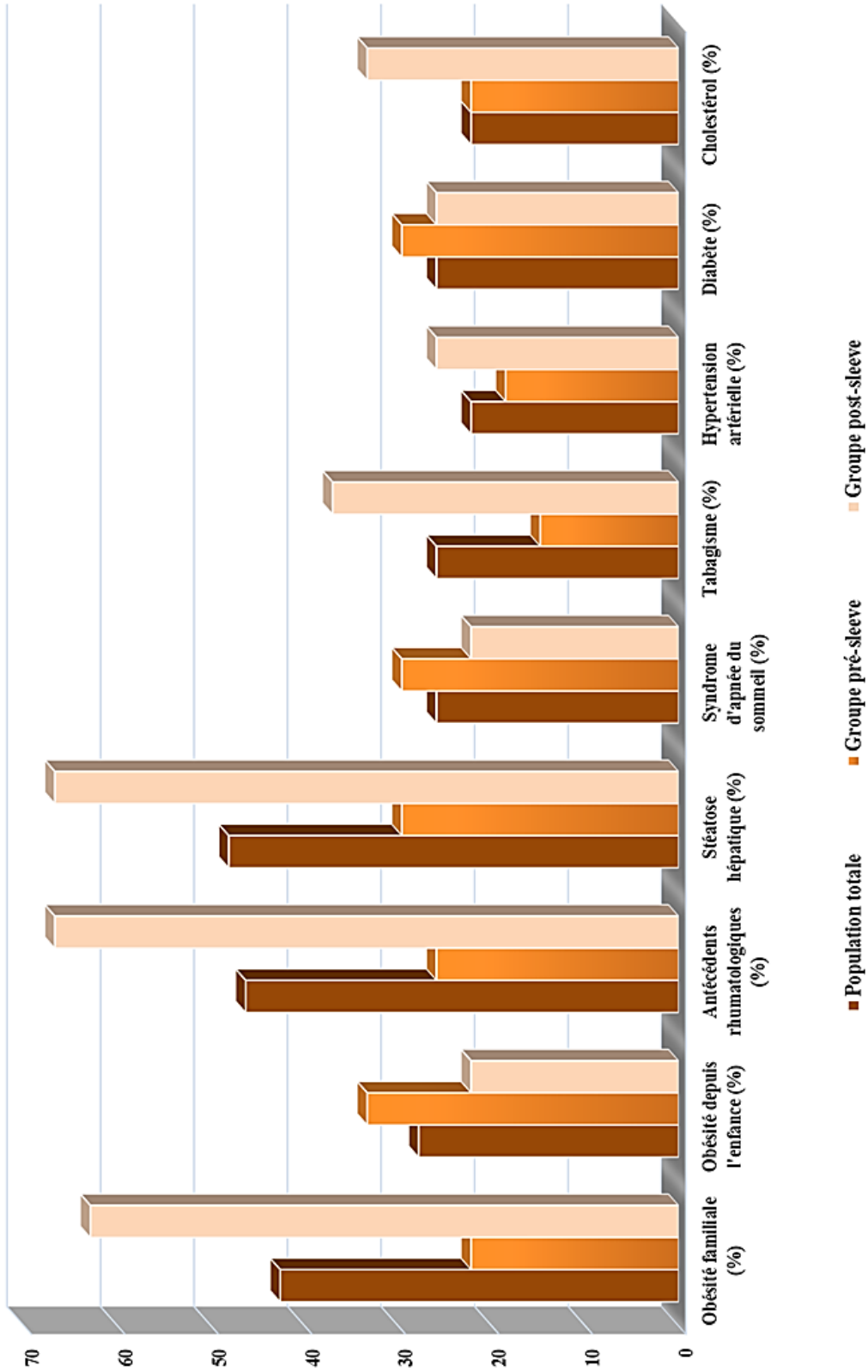


Figure 2: Patients avant des antécédents d'obésité depuis l'enfance, d'obésité familiale, de facteurs de risque cardiovasculaires et de complications liées à l'obésité



2.3.4. RÉSULTATS DANS LES GROUPES PRÉ- ET POST-SLEEVE POUR L'ÉCHELLE B.I.T.E.

Les résultats retrouvés dans les groupes pré- et post-sleeve pour le questionnaire B.I.T.E. sont décrits dans le Tableau 2 s'agissant des scores totaux et des scores de gravité.

Les patients du groupe pré-sleeve ont une moyenne de score total à cette échelle deux fois plus élevée que celle des patients du groupe post-sleeve ($p < 0,01$).

Les patients du groupe pré-sleeve ont une moyenne de score de gravité 10 fois plus élevée que celle des patients du groupe post-sleeve ($p < 0,02$).

Les résultats retrouvés dans les groupes pré- et post-sleeve pour le questionnaire B.I.T.E. sont décrits dans la Figure 3 pour les pourcentages de patients ayant des scores à l'échelle des symptômes inférieurs à 10 et ceux supérieurs ou égaux à 10 et pour les pourcentages de patients ayant des scores à l'échelle de gravité inférieurs à 5 et ceux supérieurs ou égaux à 5.

Le pourcentage de patients du groupe pré-sleeve qui ont un score sur l'échelle des symptômes inférieur à 10 est plus bas que dans le groupe post-sleeve ($p < 0,001$).

Le pourcentage de patients du groupe pré-sleeve qui ont un score sur l'échelle des symptômes supérieur ou égal à 10 est plus élevé que dans le groupe post-sleeve ($p < 0,001$). Dans ce dernier groupe, il n'a pas été retrouvé de patients ayant ce type de score à l'échelle des symptômes.

Le pourcentage de patients du groupe pré-sleeve qui ont un score sur l'échelle de gravité inférieur à 5 est plus bas que dans le groupe post-sleeve ($p < 0,001$).

Le pourcentage de patients du groupe pré-sleeve qui ont un score sur l'échelle de gravité supérieur ou égal à 5 est plus élevé que dans le groupe post-sleeve ($p < 0,001$). Dans ce dernier groupe, il n'a pas été retrouvé de patients ayant ce type de score à l'échelle de gravité.

Il n'a pas été diagnostiqué de boulimie via cette échelle (nécessité d'un score de symptômes > 20), cependant on a pu atteindre un score de gravité de 6 correspondant à « une possibilité de boulimie » dans le groupe pré-sleeve (Tableau 2). De plus, près d'un quart des patients du groupe pré-sleeve obtient un score sur l'échelle des symptômes entre 10 et < 20 soit un comportement alimentaire inhabituel vs aucun patient dans le groupe post-sleeve (Figure 3).

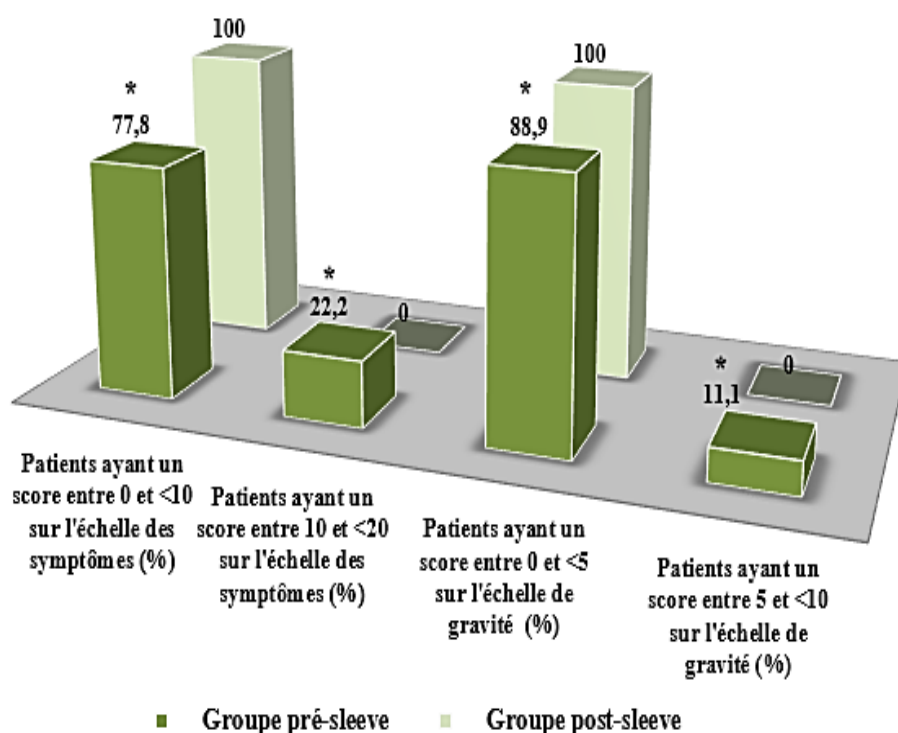
S'agissant des réponses aux questions de cette échelle, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes hormis pour l'item 31 « Considérez-vous vos habitudes alimentaires comme normales ? » : 66,7% du groupe pré-sleeve y a répondu oui contre 92,6% dans l'autre groupe ($p < 0,04$).

Tableau 2: Scores de l'échelle de binge eating

	<u>Groupe pré-sleeve</u>	<u>Groupe post-sleeve</u>
Score total échelle de binge eating		
Moyenne	5,7 *	2,8
Minimum	0	0
Maximum	17	9
Ecart type	4,7	2,4
Médiane	4	2
Score de gravité échelle de binge eating		
Moyenne	1,1 †	0,1
Minimum	0	0
Maximum	6	2
Ecart type	1,9	0,4
Médiane	0	0

* : p<0,01 comparé au groupe post-sleeve; †: p<0,02 comparé au groupe post-sleeve

Figure 3: Echelle de binge eating: Scores sur l'échelle des symptômes et celle de gravité



*: p<0,001 comparé au groupe post-sleeve

2.3.5. RÉSULTATS DANS LES GROUPES PRÉ- ET POST-SLEEVE POUR L'ÉCHELLE DAS

Les résultats obtenus à l'échelle DAS dans les groupes pré- et post-sleeve sont présentés dans le Tableau 3.

La moyenne des scores retrouvés à cette échelle dans le groupe pré-sleeve et dans le groupe post-sleeve est inférieure à 100 ce qui correspond donc à une absence d'attitudes dysfonctionnelles.

Le pourcentage de patients ayant un score total DAS inférieur à 136 dans le groupe pré-sleeve et dans le groupe post-sleeve est largement prédominant.

Il n'est pas retrouvé de patients ayant un score total DAS compris entre 136 et <167 dans le groupe pré-sleeve.

Il n'est pas retrouvé de patients ayant un score total DAS >167 dans le groupe post-sleeve. Un faible pourcentage de patients du groupe pré-sleeve et du groupe post-sleeve obtiennent des scores élevés à l'échelle DAS ce qui correspond à la présence de biais cognitifs chez ces patients. Il n'y a pas de différence significative retrouvée entre les deux groupes pour cette échelle (NS).

Il n'est pas relevé de différence significative entre les moyennes des scores obtenus pour la plupart des affirmations du test dans le groupe pré-sleeve comparé au groupe post-sleeve. On observe une différence significative de moyenne des scores obtenus dans le groupe pré-sleeve comparé au groupe post-sleeve pour l'affirmation n°15 « Les autres auraient moins de considération pour nous s'ils savaient ce que nous sommes réellement. » : la moyenne de score est de 2,3 IC95% [1,56-2,94] dans le groupe pré-sleeve (correspondant à « vraiment en désaccord » avec cette affirmation) contre une de 1,5 IC95% [1,09-1,87] dans le groupe post-sleeve (correspondant à « entièrement en désaccord » avec cette affirmation) ($p < 0,05$).

Tableau 3: Scores échelle DAS dans les groupes pré et post-sleeve

	Groupe pré-sleeve	Groupe post-sleeve
Score total DAS :		
Moyenne	93,6	93,2
Minimum	48	52
Maximum	186	161
Ecart type	32,1	26,5
Médiane	90	93
% de patients dont le score total DAS est compris entre 0 et <136		
	92,6	92,6
Moyenne	86,6	88,7
Minimum	48	52
Maximum	132	133
Ecart type	20,9	21,6
Médiane	89	89
% de patients dont le score total DAS est compris entre 136 et <167		
		7,4
Moyenne	0	149
Minimum		137
Maximum		161
Ecart type		17,0
Médiane		149
% de patients dont le score total DAS est compris entre 167 et 280		
	7,4	
Moyenne	180,5	0
Minimum	175	
Maximum	186	
Ecart type	7,8	
Médiane	180,5	

2.3.6. RÉSULTATS DANS LES GROUPES PRÉ- ET POST-SLEEVE POUR L'ÉCHELLE HAD

Les résultats obtenus à l'échelle HAD dans les deux groupes pré- et post-sleeve sont résumés dans le Tableau 4 s'agissant des moyennes des scores totaux.

Les moyennes des scores totaux pour l'échelle HAD Anxiété (HAD-A) sont supérieures de manière significative dans le groupe pré-sleeve comparé au groupe post-sleeve ($p < 0,04$).

Les moyennes des scores totaux pour l'échelle HAD Dépression (HAD-D) sont supérieures de manière significative dans le groupe pré-sleeve comparé au groupe post-sleeve ($p < 0,003$).

Les résultats obtenus à l'échelle HAD-A dans les deux groupes pré- et post-sleeve sont présentés dans la Figure 4 s'agissant du pourcentage de patients ayant obtenu un score ≤ 7 , un score entre 8 et ≤ 10 et un score ≥ 11 .

Il n'est pas retrouvé de différence significative entre les groupes pré- et post-sleeve pour chaque tranche de scores à l'échelle HAD-A (NS).

Les résultats obtenus à l'échelle HAD-D dans les deux groupes pré- et post-sleeve sont présentés dans la Figure 5 s'agissant du pourcentage de patients ayant obtenu un score ≤ 7 , un score entre 8 et ≤ 10 et un score ≥ 11 .

Il n'est pas retrouvé de différence significative entre les groupes pré- et post-sleeve pour chaque tranche de scores à l'échelle HAD-D (NS). Aucun patient du groupe post-sleeve n'a eu un score ≥ 11 à l'échelle HAD-D.

Les patients du groupe pré-sleeve comparés au groupe post-sleeve ont donc plus de symptômes d'anxiété et de symptômes dépressifs.

Il n'a pas été diagnostiqué de manière certaine un trouble anxieux ou une dépression pour la majorité des patients dans chacun des deux groupes pré et post-sleeve.

Tableau 4: Moyennes des scores totaux échelle HAD dans les groupes pré et post-sleeve

	Groupe pré-sleeve	Groupe post-sleeve
Score total HAD Anxiété		
Moyenne	7,6 *	6
Minimum	0	1
Maximum	12	11
Ecart type	2,8	2,5
Médiane	7	5
Score total HAD Dépression		
Moyenne	4,6 †	2,3
Minimum	0	0
Maximum	11	8
Ecart type	3,3	2,0
Médiane	4	2

*: p<0,04 comparé au groupe post-sleeve; †:p<0,003 comparé au groupe post-sleeve

Figure 4: Scores HAD Anxiété dans les groupes pré et post-sleeve

■ Pourcentage de patients groupe pré-sleeve ■ Pourcentage de patients groupe post-sleeve

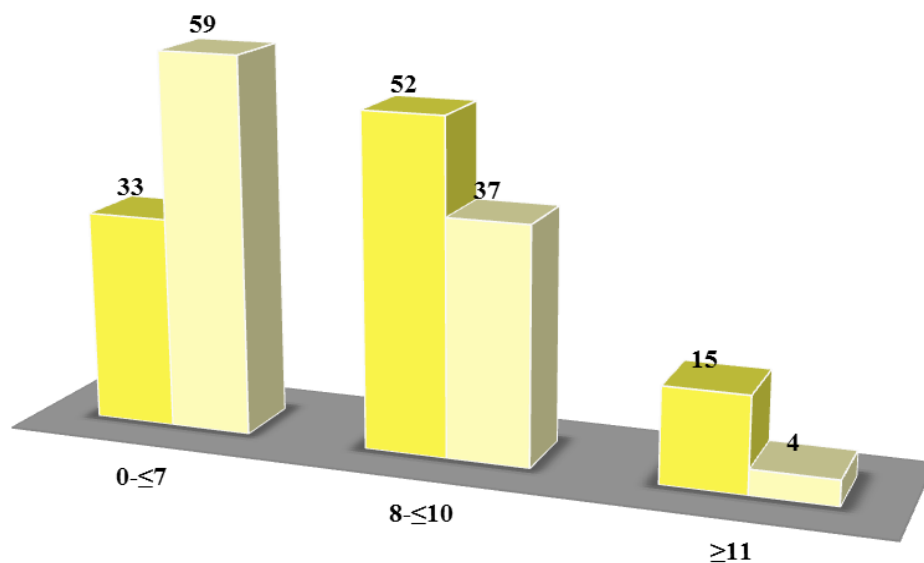
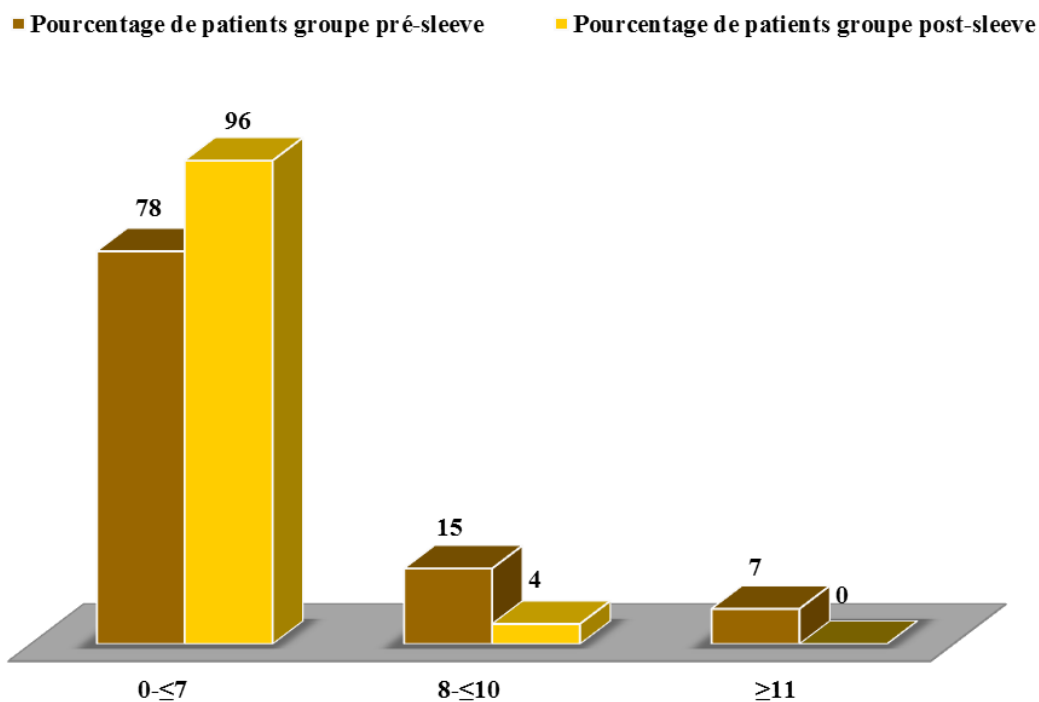


Figure 5: Scores HAD Dépression dans les groupes pré et post-sleeve



2.3.7. RÉSULTATS DANS LES GROUPES PRÉ- ET POST-SLEEVE POUR L'ÉCHELLE MINI

Les résultats obtenus à l'échelle MINI pour les groupes pré- et post-sleeve sont présentés dans le Tableau 5.

Il n'a pas été relevé de patient ayant une anorexie mentale, un binge eating, un risque suicidaire moyen ou élevé, une manie actuelle ou passée, un trouble panique avec ou sans agoraphobie, un trouble obsessionnel compulsif, un trouble psychotique actuel ou sur la vie entière, une dépendance alcoolique, une dépendance à une substance ou un abus de substance autre qu'alcoolique.

On observe une grande variété de troubles psychiatriques dans le groupe pré-sleeve.

Dans le groupe post-sleeve, sont retrouvés par ordre décroissant de fréquence : le risque suicidaire léger, la dysthymie actuelle, l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique, l'hypomanie actuelle, l'anxiété généralisée, la phobie sociale et l'état de stress post-traumatique.

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les pourcentages de patients ayant un trouble psychiatrique dans le groupe pré-sleeve comparé au groupe post-sleeve pour chacune des pathologies recherchées avec cette échelle.

Tableau 5: Pathologies psychiatriques retrouvées avec le questionnaire MINI dans l'échantillon total de patients et dans les groupes pré- et post-sleeve

	Echantillon total N=54	Groupe pré-sleeve N=27	Groupe post-sleeve N=27
Anorexie mentale N (%)	0	0	0
Boulimie	1 (1,9)	1 (3,7)	0
Binge eating	0	0	0
EDM actuel	2 (3,7)	2 (7,4)	0
EDM passé	4 (7,4)	4 (14,8)	0
Risque suicidaire	6 (11,1)	2 (7,4)	4 (14,8)
Léger	6 (11,1)	2 (7,4)	4 (14,8)
Moyen	0	0	0
Élevé	0	0	0
Manie actuelle ou passée	0	0	0
Hypomanie actuelle	1 (1,9)	0	1 (3,7)
Hypomanie passée	1 (1,9)	1 (3,7)	0
Dystymie actuelle	2 (3,7)	0	2 (7,4)
Anxiété généralisée	6 (11,1)	5 (18,5)	1 (3,7)
Trouble panique (vie entière)	1 (1,9)	1 (3,7)	0
Attaques pauci- symptomatiques (vie entière)	1 (1,9)	1 (3,7)	0
Trouble panique avec agoraphobie	0	0	0
Trouble panique sans agoraphobie	0	0	0
Agoraphobie sans antécédent de trouble panique	6 (11,1)	4 (14,8)	2 (7,4)
Phobie sociale	1 (1,9)	0	1 (3,7)
Etat de stress post- traumatique	2 (3,7)	1 (3,7)	1 (3,7)
Trouble obsessionnel compulsif	0	0	0
Trouble de la personnalité antisociale (vie entière)	1 (1,9)	1 (3,7)	0
Trouble psychotique			
actuel	0	0	0
vie entière	0	0	0
Dépendance alcoolique	0	0	0
Dépendance à une substance	0	0	0
Abus d'alcool	1 (1,9)	1 (3,7)	0
Abus de substance	0	0	0
Trouble lié à une substance non alcoolique	2 (3,7)	2 (7,4)	0
Type de substance: Cannabis	2 (3,7)	2 (7,4)	0

2.4. DISCUSSION

L'objectif principal de notre étude a été d'évaluer la fréquence de patients ayant au moins un trouble psychiatrique sur 54 patients suivis au CHU de Rouen qui ont été, pour la moitié d'entre eux, candidats à la sleeve gastrectomy (groupe pré-sleeve) et, pour l'autre moitié, à au moins 6 mois de l'intervention (groupe post-sleeve). Les objectifs secondaires ont été de rechercher la présence de biais cognitifs chez tous les patients inclus et de déterminer la fréquence des troubles psychiatriques dans les groupes pré- et post-sleeve. Dans notre étude, le pourcentage de patients ayant au moins un trouble psychiatrique a été de 59,3% IC95% [40,8 ; 77,8] dans le groupe pré-sleeve et de 18,5% IC95% [3,9 ; 33,1] dans le groupe post-sleeve et cette différence entre les deux groupes est retrouvée significative ($p < 0,003$). Dans le groupe pré-sleeve, ont été retrouvés des biais cognitifs chez 7,4% des patients et il en est de même dans le groupe post-sleeve. L'échelle B.I.T.E. a permis de mettre en évidence que 22,2% des patients du groupe pré-sleeve ont un « comportement alimentaire inhabituel » (vs aucun des patients du groupe post-sleeve, $p < 0,001$) et 11,1% ont eu un score de gravité correspondant à la possibilité d'une boulimie (vs aucun des patients du groupe post-sleeve, $p < 0,001$). Avec l'échelle HAD, un diagnostic d'anxiété a été portée pour 15% des patients dans le groupe pré-sleeve contre 4% dans le groupe post-sleeve (NS) et un diagnostic de dépression pour 7% des patients du groupe pré-sleeve vs aucun des patients de l'autre groupe (NS). Avec l'échelle MINI, ont pu être relevés, pour les fréquences les plus élevées dans le groupe pré-sleeve, l'anxiété (18,5%), l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique (14,8%), l'épisode dépressif majeur actuel (7,4%) et passé (14,8%) , le risque suicidaire léger (7,4%), le trouble lié à une substance autre qu'alcoolique (7,4%) et, pour les fréquences les plus élevées dans le groupe post-sleeve, le risque suicidaire léger (14,8%) et l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique (7,4%).

La fréquence de patients présentant un trouble psychiatrique dans le groupe pré-sleeve ainsi que celle observée dans le groupe post-sleeve de notre étude rejoint celles retrouvées dans la littérature. L'étude de Malik et al. de 2014 a montré un taux significatif de 57,8 % de troubles psychiatriques présents chez les candidats à la chirurgie bariatrique et celle de Lier et al. publiée en 2012 mentionne une fréquence de 18% de troubles psychiatriques en postopératoire (50).

Des biais cognitifs liés à la dépression ont été retrouvés pour 7,4% des patients candidats à la sleeve gastrectomy et pour 7,4% de ceux du groupe post-sleeve alors que la moyenne des scores a été d'approximativement 90 pour les deux échantillons de patients. Les scores correspondant à

des biais cognitifs dans le groupe pré-sleeve sont, cependant, plus élevés que ceux du groupe post-sleeve mais de manière non significative, du fait vraisemblablement d'un manque de puissance de l'étude. L'échelle DAS mettant en évidence des attitudes dysfonctionnelles (46) chez les patients déprimés, les scores élevés en pré-chirurgie sont probablement associés au pourcentage de patients dépressifs présents dans ce groupe (7% avec l'échelle HAD-D et 7,4% avec l'échelle MINI). S'agissant du groupe post-sleeve, la présence d'attitudes dysfonctionnelles peut être due à une symptomatologie dépressive sans diagnostic d'EDM ce qui correspondrait en partie aux 4% de patients ayant une « symptomatologie dépressive douteuse » à l'échelle HAD-D ou d'une vulnérabilité au trouble dépressif persistante chez ce type de patients. Ce résultat conforte donc l'intérêt de la TCC dans la prise en charge initiale de l'obésité.

S'agissant de l'évaluation des comportements boulimiques ou de binge eating avec l'échelle B.I.T.E, dans notre étude, la fréquence de patients présentant un « comportement alimentaire inhabituel » est plus élevée dans le groupe pré-sleeve que dans l'autre groupe (22,2% vs aucun des patients du groupe post-sleeve, $p < 0,001$) ainsi que celle de patients présentant possiblement une boulimie (11,1% dans le groupe pré-sleeve vs aucun des patients du groupe post-sleeve, $p < 0,001$). Ce résultat est conforté par celui de l'étude de Marek et al. de 2014 qui montre que les plaintes cognitives et le dysfonctionnement de pensée avant la chirurgie sont associés aux comportements alimentaires inadaptés après la chirurgie (51). De plus, dans la littérature, sont observées une prévalence de binge eating allant de 2 à plus de 50% des patients candidats à une chirurgie bariatrique (2) et une prévalence sur la vie entière de 13,8% de troubles du comportement alimentaire (52) alors qu'en post-opératoire, est retrouvée une fréquence de 6,4% de binge eating (2). D'autre part, ce taux de troubles du comportement alimentaire observé dans le groupe pré-sleeve est conforté par une moyenne de scores des symptômes à l'échelle B.I.T.E. significativement plus importante dans ce groupe comparé au groupe post-sleeve. Cette amélioration post-opératoire de ce type de trouble du comportement alimentaire serait due à la difficulté d'ingestion de grandes quantités d'aliments suivant la réduction du volume gastrique.

Il est à noter que les fréquences du binge eating et de la boulimie nerveuse évalués avec l'échelle B.I.T.E. apparaissent plus hautes que celles retrouvées avec le questionnaire MINI et peuvent être expliquées par une bonne consistance interne de l'échelle B.I.T.E. et une meilleure capacité à mettre en évidence « les aspects cognitifs et comportementaux de la boulimie nerveuse et du binge eating ».

Les fréquences de troubles anxieux et de l'humeur retrouvées dans les deux groupes pré- et post-sleeve sont proches de celles observées dans la littérature. La fréquence de l'anxiété/anxiété

généralisée retrouvée dans l'étude, en préopératoire, avec les échelles HAD-A et MINI (respectivement de 15% et 18,5%), correspondent à celle mentionnée dans la littérature de 16% (2). De plus, est constatée une amélioration de la symptomatologie anxieuse et dépressive dans les études comparant des patients candidats à une chirurgie bariatrique à ceux en post-opératoire (39,40,50). Dans notre étude, alors que les moyennes des scores HAD-A sont significativement plus élevées dans le groupe pré-sleeve que dans le groupe post-sleeve, les différences observées dans l'étude entre les fréquences du trouble anxieux des groupes pré- et post-sleeve pour cette échelle et pour l'échelle MINI ne sont pas significatives. Cela pourrait être expliqué par la taille des échantillons de l'étude. Ces observations sont identiques s'agissant des fréquences de sujets déprimés dans les groupes pré- et post-sleeve pour les échelles HAD-D et MINI ainsi que les moyennes de scores à l'échelle HAD dans les 2 groupes. D'autre part, une sous-estimation des fréquences de dépression et d'anxiété est possible devant des taux non négligeables, dans les deux échantillons de patients, de scores HAD correspondant à une symptomatologie intermédiaire d'anxiété et de dépression. Les autres troubles psychiatriques explorés avec l'échelle MINI ont été, globalement, d'une fréquence proche de celle retrouvée dans la littérature (2,43,53).

Concernant, les caractéristiques démographiques et morphologiques de l'ensemble de la population étudiée, les femmes ont été plus nombreuses et l'âge moyen a été d'environ 40 ans dans les deux groupes comme mentionnés dans la littérature (43,50,53), aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes pour le sexe ratio et l'âge. De plus, l'IMC et le poids actuel des patients du groupe pré-sleeve ont été significativement plus élevés que dans l'autre groupe comme cela était attendu. Ces résultats sont renforcés par ceux d'études ayant montré que certaines caractéristiques démographiques sont aussi associées aux taux plus élevés de psychopathologie, comme, le genre féminin, le bas statut socio-économique, fort IMC (40,54,55).

Les antécédents psychiatriques et somatiques des patients relevés dans l'étude sont ceux retrouvés chez les patients obèses. On note, dans le groupe post-sleeve, une prédominance non significative de ces deux catégories d'antécédents qui pourrait être en lien avec une prise en charge médicale globale accrue de ces patients récemment opérés associée au dépistage et au traitement de ces comorbidités.

L'ensemble de ces résultats tend à montrer l'importance du dépistage des troubles psychiatriques en préopératoire et également la poursuite du suivi post-opératoire psychiatrique au moins à 6 mois de la chirurgie et ce d'autant qu'il existerait un effet transitoire de l'amélioration post-opératoire des psychopathologies préexistantes alors que les comportements compulsifs, l'abus d'alcool ou de substances illicites ainsi que l'incidence du suicide augmenteraient et qu'il pourrait y avoir un impact de ces comorbidités psychiatriques sur l'issue de la chirurgie (17). L'absence de consensus sur l'évaluation psychologique en préopératoire et la relation entre facteurs psychologiques et résultats post-opératoires restant floue, des recherches plus approfondies sur la détection des facteurs prédictifs psychologiques de « succès » post-chirurgie bariatrique seraient donc nécessaires (56).

2.5. CONCLUSION

Cette étude a eu pour but premier de déterminer la fréquence de patients ayant au moins un trouble psychiatrique dans un échantillon de patients candidats à la sleeve gastrectomy ainsi que celle dans un groupe de patients en post-opératoire et, pour objectifs secondaires, de rechercher la présence de biais cognitifs chez tous les patients inclus et de déterminer la fréquence des troubles psychiatriques retrouvés dans les deux groupes pré- et post-sleeve. Dans notre étude, le pourcentage de patients ayant au moins un trouble psychiatrique a été de 59,3% IC95% [40,8 ; 77,8] dans le groupe pré-sleeve et de 18,5% IC95% [3,9 ; 33,1] dans le groupe post-sleeve. Dans le groupe pré-sleeve, ont été retrouvés des biais cognitifs chez 7,4% des patients et il en est de même dans le groupe post-sleeve. Le groupe pré-sleeve comportait plus de patients avec un « comportement alimentaire inhabituel » ou une possible boulimie que dans le groupe post-sleeve, 15% des patients du groupe pré-sleeve et 4% des patients du groupe post-sleeve sont anxieux, 7% des patients du groupe pré-sleeve sont dépressifs et aucun de ceux du groupe post-sleeve. Ces résultats sont proches de ceux retrouvés dans la littérature et montrent l'intérêt d'un dépistage précoce des troubles psychiatriques en préopératoire et également celui de la poursuite du suivi psychiatrique post-opératoire au moins à 6 mois de la chirurgie car, même s'il existe une amélioration post-opératoire des troubles psychiatriques préexistants, l'impact de ces comorbidités psychiatriques sur l'issue de la chirurgie reste possible. Des études sur les facteurs prédictifs psychologiques de « succès » post-chirurgie bariatrique seraient donc utiles pour améliorer la prise en charge des patients concernés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. OMS | Obésité et surpoids. Aide mémoire n°311 [Internet]. WHO. 2016. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
2. Obésité - prise en charge chirurgicale chez l'adulte - Argumentaire corrigé - obesite_-_prise_en_charge_chirurgicale_chez_ladulte_-_argumentaire.pdf [Internet]. [cité 11 déc 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/obesite_-_prise_en_charge_chirurgicale_chez_ladulte_-_argumentaire.pdf
3. HAS. Gastrectomie longitudinale [Sleeve gastrectomy] pour obésité. Rapport d'évaluation technique. Février 2008. [Internet]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_gastrectomie_longitudinale.pdf
4. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. HAS. 2012. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
5. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Obésité [Internet]. Inserm. 2014. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/obesite>
6. Karlsson J, Taft C, Rydén A, Sjöström L, Sullivan M. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *Int J Obes* 2005. août 2007;31(8):1248-61.
7. Scopinaro N. Bariatric metabolic surgery. *Rozhl V Chir Mesicnik Ceskoslovenske Chir Spolecnosti*. août 2014;93(8):404-15.
8. Wittgrove null, Clark null, Tremblay null. Laparoscopic Gastric Bypass, Roux-en-Y: Preliminary Report of Five Cases. *Obes Surg*. nov 1994;4(4):353-7.
9. Scopinaro N, Gianetta E, Civalleri D, Bonalumi U, Bachi V. Bilio-pancreatic bypass for obesity: II. Initial experience in man. *Br J Surg*. sept 1979;66(9):618-20.
10. Fried null, Peskova null. Gastric Banding: Advantages and Complications. A 5- and 10-Year Follow-up. *Obes Surg*. nov 1995;5(4):372-4.
11. Belachew M, Legrand MJ, Defechereux TH, Burtheret MP, Jacquet N. Laparoscopic adjustable silicone gastric banding in the treatment of morbid obesity. A preliminary report. *Surg Endosc*. nov 1994;8(11):1354-6.
12. Obésité : prise en charge chirurgicale de l'adulte. [Internet]. [cité 18 sept 2017]. Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_obesite_adulte_chirurgie.pdf

13. Sleeve gastrectomie à Montpellier : Définition [Internet]. Disponible sur: http://www.chirurgie-digestive-montpellier.fr/fr/obesite/sleeve-gastrectomie/definition_136.html
14. Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques. Technique de la gastrectomie longitudinale [Internet]. SO.FF.CO.MM. 2008. Disponible sur: <http://www.soffcomm.fr/gastrectomie.php>
15. Les complications de la chirurgie bariatrique – FMC-HGE [Internet]. Disponible sur: <http://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2010-paris/les-complications-de-la-chirurgie-bariatrique-2/>
16. Golomb I, David MB, Glass A, Kolitz T, Keidar A. Long-term Metabolic Effects of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. JAMA Surg. 1 nov 2015;150(11):1051-7.
17. Bobbioni-Harsch E, Guillermin M-L, Habicht F. [Reciprocal interactions between bariatric surgery and psychopathology]. Rev Médicale Suisse. 17 sept 2014;10(442):1721-6.
18. Obésité prise en charge chirurgicale chez l'adulte - Synthèse des recommandations - obesite_-_prise_en_charge_chirurgicale_chez_ladulte_-_synthese_des_recommandations.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/obesite_-_prise_en_charge_chirurgicale_chez_ladulte_-_synthese_des_recommandations.pdf
19. HAS. Note d'orientation. Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale. 09/10/2013 [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013_10_08_programme_sante_mentale_college.pdf
20. WHO | Schizophrenia [Internet]. WHO. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>
21. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Schizophrénie [Internet]. Inserm. 2014. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrenie>
22. AESP. Référentiel-de-psychiatrie [Internet]. Disponible sur : <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf>
23. WHO | Mental disorders [Internet]. WHO. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>
24. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Dépression [Internet]. Inserm. 2014. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression>
25. Bougerol, Th, Goudemand. Les états dépressifs. Lavoisier; 2010. 605 p.

26. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pages L, Nachbaur, G., et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). 2005. 182-194 p.
27. HAS. Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours. 06/2014 [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf
28. Cochidon, C. INVS. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête "Santé mentale en population générale : images et réalités", 08/2007 [Internet]. Disponible sur : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3595
29. Lamboy B. La santé mentale : état des lieux et problématique, Summary. Santé Publique. 17(4):583-96.
30. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Troubles obsessionnels compulsifs [Internet]. Inserm. 2012. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/troubles-obsessionnels-compulsifs>
31. OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2001. Chapitre 2 : Impact des troubles mentaux et du comportement. [Internet]. Disponible sur : http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_fr.pdf?ua=1
32. OMS | L'OMS publie des orientations sur les soins de santé mentale après un traumatisme [Internet]. WHO. 2013. Disponible sur : http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/fr/
33. Nevid JS, Rathus S, Greene B. Psychopathologie. Pearson Education France; 2009. 448 p.
34. Guelfi J-D, Hardy P. Les personnalités pathologiques. Lavoisier; 2013. 355 p.
35. OMS. Neurosciences : Usage de substances psychoactives et dépendance-Résumé. 2004 [Internet]. Disponible sur : http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_F.pdf
36. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Addictions [Internet]. Inserm. 2014. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/addictions>
37. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Anorexie mentale [Internet]. Inserm. 2014. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/anorexie-mentale>
38. HAS. Note de recadrage. Boulimie et hyperphagie boulimique. Repérage et éléments généraux de prise en charge. Novembre 2015 [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/rbp_cadrage_boulimie_mel.pdf

39. Brunault P, Gohier B, Ducluzeau P-H, Bourbao-Tournois C, Frammery J, Réveillère C, et al. L'évaluation psychiatrique, psychologique et addictologique avant chirurgie bariatrique : que faut-il évaluer en pratique, pourquoi et comment? *Presse Médicale*. janv 2016;45(1):29-39.
40. Malik S, Mitchell JE, Engel S, Crosby R, Wonderlich S. Psychopathology in bariatric surgery candidates: A review of studies using structured diagnostic interviews. *Compr Psychiatry*. févr 2014;55(2):248-59.
41. Da Silva VB, Da Silva RB, Azorin JM, Belzeaux R. Mood Disorders are Highly Prevalent but Underdiagnosed Among Patients Seeking Bariatric Surgery. *Obes Surg*. mars 2015;25(3):543-4.
42. Karlsson J, Sjöström L, Sullivan M. Swedish obese subjects (SOS)--an intervention study of obesity. Two-year follow-up of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes*. févr 1998;22(2):113-26.
43. Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Mlake-Lye I, Beroes JM, et al. Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis. *JAMA*. 12 janv 2016;315(2):150.
44. Kovacs Z, Valentin JB, Nielsen RE. Risk of psychiatric disorders, self-harm behaviour and service use associated with bariatric surgery. *Acta Psychiatr Scand*. févr 2017;135(2):149-58.
45. Paredes KF, Domínguez OLG, Reséndiz F de JD, López-Espinoza A, Moreno AGM, Cervantes VA. Reliability and validity of bulimic investigatory test edinburgh in mexican women [Internet]. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 2010. Disponible sur : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221727003>
46. Mirabel-Sarron C, Vera L. *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive - 4e éd.* Dunod; 2014. 250 p.
47. Brown GP, Hammen CL, Craske MG, Wickens TD. Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. *J Abnorm Psychol*. 1995;104(3):431-5.
48. Langevin V., Boini S., François M., Riou A. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) - Article de revue - INRS [Internet]. 2011. Disponible sur : <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%2013>
49. Langevin V., Boini S., François M., Riou A. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) - Article de revue - INRS [Internet]. 2013. Disponible sur : <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%2032>
50. Lier HØ, Biringer E, Stubhaug B, Tangen T. Prevalence of psychiatric disorders before and 1 year after bariatric surgery: The role of shame in maintenance of psychiatric disorders in patients undergoing bariatric surgery. *Nord J Psychiatry*. avr 2013;67(2):89-96.
51. Marek RJ, Ben-Porath YS, Merrell J, Ashton K, Heinberg LJ. Predicting One and Three Month Postoperative Somatic Concerns, Psychological Distress, and Maladaptive Eating

Behaviors in Bariatric Surgery Candidates with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2-RF). *Obes Surg.* avr 2014;24(4):631-9.

52. Rosenberger PH, Henderson KE, Grilo CM. Psychiatric disorder comorbidity and association with eating disorders in bariatric surgery patients: A cross-sectional study using structured interview-based diagnosis. *J Clin Psychiatry.* juill 2006;67(7):1080-5.
53. Behrens C, Tang BQ, Amson BJ. Early results of a Canadian laparoscopic sleeve gastrectomy experience. *Can J Surg J Can Chir.* avr 2011;54(2):138-43.
54. Freeman A, Tyrovolas S, Koyanagi A, Chatterji S, Leonardi M, Ayuso-Mateos JL, et al. The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health.* 19 oct 2016;16(1):1098.
55. Sierżantowicz R, Lewko J, Hady HR, Kirpsza B, Trochimowicz L, Dadan J. Effect of BMI on quality of life and depression levels after bariatric surgery. *Adv Clin Exp Med Off Organ Wroclaw Med Univ.* juin 2017;26(3):491-6.
56. Won EJ, Tran TT, Rigby A, Rogers AM. A Comparative Study of Three-Year Weight Loss and Outcomes After Laparoscopic Gastric Bypass in Patients with “Yellow Light” Psychological Clearance. *Obes Surg.* juill 2014;24(7):1117-9.

ANNEXE 1

Echelle Inventaire de la boulimie d'Edinburgh

Répondez en considérant les quatre dernières semaines (les 3 derniers mois)	OUI	NON
1. Mangez-vous chaque jour selon un schéma régulier	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2. Faites-vous un régime pour maigrir strict	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3. Si vous abandonnez une fois votre régime, est-ce un échec	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Calculez-vous les calories de tout ce que vous mangez, même lorsque vous ne suivez pas de régime	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Vous arrive-t-il de jeûner pendant toute une journée entière	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Si vous jeûnez, à quelle fréquence ?	
Jamais	<input checked="" type="radio"/>
De temps en temps	<input type="radio"/>
Une fois/semaine	<input type="radio"/>
2 à 3 fois/semaine	<input type="radio"/>
Tous les 2 jours	<input type="radio"/>

7. Avez-vous recours aux moyens suivants pour perdre du poids	Jamais	1 fois/sem	2-3 fois/sem	Quotidiens	2-3 fois/jour	+ de 3 fois/jour
Coupe-faim	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diurétiques	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laxatifs	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vomissements	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Répondez aux questions suivantes par oui ou non	OUI	NON
8. Votre schéma d'alimentation perturbe-t-il sévèrement votre vie	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
9. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10. Vous arrive-t-il de manger sans arrêt et de ne cesser que lorsque vous ressentez un malaise physique	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
11. Y a-t-il des moments où vous ne pouvez plus penser à rien d'autre que la nourriture	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
12. Mangez-vous raisonnablement quand vous êtes en compagnie, tout en vous « rattrapant » quand vous êtes seule	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
13. Pouvez-vous toujours vous arrêter de manger lorsque vous le voulez	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Vous est-il arrivé d'éprouver un besoin irrésistible de manger d'énormes quantités de nourriture	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
15. Avez-vous tendance à beaucoup manger lorsque vous êtes angoissée	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
16. Etes-vous terrifiée à l'idée de devenir grosse	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
17. Vous est-il arrivé de manger de grandes quantités de nourriture rapidement (en dehors des repas)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
18. Avez-vous honte de vos habitudes alimentaires	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
19. Craignez-vous de ne plus avoir le contrôle sur la quantité de nourriture que vous mangez	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
20. Vous raccrochez-vous à la nourriture pour vous reconforter	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
21. Pouvez-vous laisser des restes sur votre assiette à la fin des repas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Cachez-vous aux autres combien vous mangez	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
23. La faim détermine-t-elle la quantité de ce que vous mangez	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Vous est-il arrivé de dévorer irrésistiblement d'énormes quantités de nourriture	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
25. Si oui, cela vous rend-il très malheureuse	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
26. Lorsque vous dévorez d'énormes quantités de nourriture, le faites-vous uniquement en cachette	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

27. A quelle fréquence moyenne le faites-vous ?	
Presque jamais	<input checked="" type="radio"/>
1 fois/mois	<input type="radio"/>
1 fois/semaine	<input type="radio"/>
2 à 3 fois/semaine	<input type="radio"/>
Quotidiennement	<input type="radio"/>
2 à 3 fois par jour	<input type="radio"/>

Répondez aux questions suivantes par oui ou non	OUI	NON
28. Seriez-vous capable de faire des démarches considérables pour satisfaire ce besoin irrésistible de manger	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
29. Vous sentez-vous très coupable lorsque vous avez trop mangé	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
30. Vous arrive t-il de manger en cachette	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
31. Considérez-vous vos habitudes alimentaires comme normales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Vous considérez-vous comme une mangeuse compulsive	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
33. Votre poids fluctue-t-il de plus de 2 kg par semaine	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Basé sur cinq questions, un outil permettant de détecter les troubles de l'alimentation, dont l'anorexie et la boulimie, vient d'être validé en médecine générale. Bref, simple et facile à mémoriser, il devrait faciliter le dépistage et donc le traitement de ces patients.

Cochez la case si c'est votre cas	
Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?	<input type="checkbox"/>
Vous inquiétez vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?	<input type="checkbox"/>
Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous que vous êtes grosse alors que d'autres vous trouvent trop mince ?	<input type="checkbox"/>
Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?	<input type="checkbox"/>

Deux réponses positives ou plus à l'une de ces cinq questions révèlent un trouble et donc la nécessité de mettre en place un traitement adapté.

Testé sur une population féminine, ce questionnaire s'est révélé très efficace en dépistant 85 % de troubles alimentaires, tant dans le domaine de l'anorexie que dans la boulimie.

Source : Luck A.J. et coll., The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study, B.M.J., 325: 755-6, 5 octobre 2002.

Mode de passation :

Lorsqu'il est utilisé comme instrument de dépistage, le sujet doit répondre en s'appuyant sur ses sentiments et comportements durant les 3 derniers mois. Lorsqu'il est utilisé comme instrument d'évaluation d'un traitement, seul le dernier mois écoulé doit être pris en considération.

Cotation :

L'échelle des symptômes est constituée de 30 questions non marquées d'un astérisque. Les questions 1, 13, 21, 23, 31 sont cotées 1 point pour une réponse « non ». Les 25 autres questions sont cotées 1 point pour une réponse « oui ».

L'échelle de sévérité est constituée des 3 questions marquées d'un astérisque (6, 7, 27). Le score total est obtenu en faisant la somme des résultats obtenus à ces 3 questions.

Normes :

D'après Henderson et Freeman (1987) la note seuil pour l'échelle de symptômes se fait 20 et celle de l'échelle de sévérité serait 5. Echelle de symptômes : score élevé si 20 et plus (possibilité d'une boulimie) ; score moyen de 10 à 19 (comportement alimentaire inhabituel, un entretien est nécessaire) ; score bas si inférieur à 10 (normal). Echelle de sévérité : score de 5 cliniquement significatif, possibilité d'une boulimie ; score de 10 correspondant à un haut degré de sévérité.

Henderson M., Freeman C.P.L.-A self-rating scale for Bulimia « The Bite ». Br. Journal of Psychiatry, 1987, 150, 18-24.

ANNEXE 2

Echelle d'attitudes dysfonctionnelles (DAS)

Lisez attentivement chaque affirmation proposée dans ce questionnaire et évaluez à quel point vous êtes d'accord ou en désaccord avec cette affirmation.

Pour chaque affirmation, donnez votre réponse en plaçant une croix (×) dans la colonne qui décrit le mieux votre façon de penser. Vous ne pouvez choisir qu'une seule réponse pour chaque affirmation. Du fait que les gens sont différents, il n'y a ni vraie, ni fausse réponse à ces affirmations. Pour décider si une affirmation correspond bien à votre façon de voir, prenez en considération simplement votre façon d'être habituelle.

Veillez répondre à chaque affirmation selon votre manière de penser la plupart du temps.

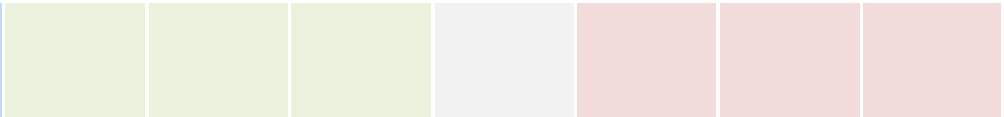
	Entièrement d'accord	Vraiment d'accord	Légèrement d'accord	Neutre	Léger désaccord	Vraiment en désaccord	en désaccord	Entièrement en désaccord
1. Il est difficile d'être heureux à moins d'être beau (belle), intelligent(e),...								
2. Mon bonheur tient plus à ce que je pense de moi, qu'à ce que les autres pensent de moi.								
3. Je serai diminué(e) dans l'esprit des autres si je fais une erreur.								
4. Si je ne réussis pas tout le temps, les gens ne me respecteront pas.								
5. Prendre même un risque léger est ridicule car perdre est susceptible d'être un désastre.								
6. Il est possible d'obtenir le respect d'autrui sans avoir aucun talent particulier.								
7. Je ne peux être heureux (se) que dans la mesure où la plupart des gens que je connais m'admire.								

	Entièrement d'accord	Vraiment d'accord	Légèrement d'accord	Neutre	Léger désaccord	Vraiment en désaccord	en	Entièrement en désaccord
8. Si une personne demande de l'aide, c'est un signe de faiblesse.								
9. Si je ne fais pas aussi bien que les autres, cela signifie que je suis un être humain inférieur.								
10. Si j'échoue dans mon travail, je suis un(e) raté(e).								
11. Si l'on ne peut faire bien quelque chose, c'est inutile de le faire.								
12. C'est bien de faire des erreurs car l'on peut en tirer des enseignements.								
13. Si quelqu'un est en désaccord avec moi, cela signifie qu'il ne m'aime pas.								
14. Si j'ai un échec partiel c'est aussi grave que si j'échoue complètement.								
15. Si les autres savaient ce que nous sommes réellement, ils auraient moins de considération pour nous								
16. Si une personne que j'aime ne m'aime pas, je ne suis rien.								
17. On peut obtenir du plaisir d'une activité quel qu'en soit le résultat								
18. Les gens devraient avoir des chances raisonnables de succès avant d'entreprendre quoi que ce soit.								

	Entièrement d'accord	Vraiment d'accord	Légèrement d'accord	Neutre	Léger désaccord	Vraiment désaccord	en	Entièrement en désaccord
19. Ma valeur en tant que personne dépend grandement de ce que les autres pensent de moi.								
20. Si je ne me fixe pas les buts les plus élevés dans l'existence, je risque de finir comme une personne de deuxième catégorie.								
21. Pour devenir quelqu'un de valable, je dois être exceptionnel (le) dans au moins un domaine.								
22. Les gens qui ont de bonnes idées sont plus valables que ceux qui n'en ont pas.								
23. Si je fais une erreur je dois certainement être bouleversé (e).								
24. Ma propre opinion de moi-même est plus importante que l'opinion que les autres ont de moi.								
25. Pour être une personne, bonne, morale et valable, je dois aider quiconque est dans le besoin.								
26. Si je pose une question, j'ai l'air d'être inférieur.								
27. C'est terrible d'être désapprouvé(e) par des personnes importantes pour soi.								
	Entièrement d'accord	Vraiment d'accord	Légèrement d'accord	Neutre	Léger désaccord	Vraiment désaccord	en	Entièrement en désaccord

28. Si vous ne pouvez avoir le soutien des autres, vous êtes très certainement triste.							
29. Je peux atteindre des buts importants sans me réduire moi-même en esclavage.							
30. Il est possible à une personne de se faire disputer sans être bouleverser.							
31. Je ne peux me fier aux autres car ils pourraient être cruels à mon égard.							
32. Si les autres ne vous aiment pas, vous ne pouvez être heureux (se).							
33. Il est préférable d'oublier votre propre intérêt pour faire plaisir aux autres.							
34. Mon bonheur dépend plus des autres que de moi.							
35. Je n'ai pas besoin de l'approbation des autres pour être heureux (se).							
36. Si l'on évite les problèmes, ceux-ci disparaissent.							
37. Je peux être heureux (se) même s'il me manque beaucoup de bonnes choses dans la vie.							
38. Ce que les autres pensent de moi est très important.							
	Entièrement d'accord	Vraiment d'accord	Légèrement d'accord	Neutre	Léger désaccord	Vraiment désaccord	Entièrement en désaccord
39. Etre isolé de l'autre conduit certainement au malheur.							

40. Je peux trouver le bonheur sans être aimé (e) par quelqu'un d'autre.

A horizontal bar divided into seven equal-width segments. From left to right, the segments are colored: green, green, green, grey, red, red, and red.

Les items 2, 6, 12, 17, 24, 29, 30, 35, 37 et 40 sont cotés de 1 à 7 en partant de la gauche et les autres items sont cotés en partant de la droite. Le score total est la somme des notes obtenues à tous les items.

ANNEXE 3

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) | | 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué | |
| - La plupart du temps | 3 | - Jamais | 0 |
| - Souvent | 2 | - Parfois | 1 |
| - De temps en temps | 1 | - Assez souvent | 2 |
| - Jamais | 0 | - Très souvent | 3 |
| 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois | | 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence | |
| - Oui, tout autant | 0 | - Plus du tout | 3 |
| - Pas autant | 1 | - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais | 2 |
| - Un peu seulement | 2 | - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention | 1 |
| - Presque plus | 3 | - J'y prête autant d'attention que par le passé | 0 |
| 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver | | 11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place | |
| - Oui, très nettement | 3 | - Oui, c'est tout à fait le cas | 3 |
| - Oui, mais ce n'est pas trop grave | 2 | - Un peu | 2 |
| - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas | 1 | - Pas tellement | 1 |
| - Pas du tout | 0 | - Pas du tout | 0 |
| 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses | | 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses | |
| - Autant que par le passé | 0 | - Autant qu'avant | 0 |
| - Plus autant qu'avant | 1 | - Un peu moins qu'avant | 1 |
| - Vraiment moins qu'avant | 2 | - Bien moins qu'avant | 2 |
| - Plus du tout | 3 | - Presque jamais | 3 |
| 5. Je me fais du souci | | 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique | |
| - Très souvent | 3 | - Vraiment très souvent | 3 |
| - Assez souvent | 2 | - Assez souvent | 2 |
| - Occasionnellement | 1 | - Pas très souvent | 1 |
| - Très occasionnellement | 0 | - Jamais | 0 |
| 6. Je suis de bonne humeur | | 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision | |
| - Jamais | 3 | - Souvent | 0 |
| - Rarement | 2 | - Parfois | 1 |
| - Assez souvent | 1 | - Rarement | 2 |
| - La plupart du temps | 0 | - Très rarement | 3 |
| 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) | | | |
| - Oui, quoi qu'il arrive | 0 | | |
| - Oui, en général | 1 | | |
| - Rarement | 2 | | |
| - Jamais | 3 | | |
| 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti | | | |
| - Presque toujours | 3 | | |
| - Très souvent | 2 | | |
| - Parfois | 1 | | |
| - Jamais | 0 | | |

ANNEXE 4

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

French Version 5.0.0

DSM-IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa - USA.

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Tous droits réservés. Ce document ne doit être reproduit, tout ou partie, ou transmis, quelle que soit la forme, y compris les photocopies, ni stocké sur système informatique sans une autorisation écrite préalable des auteurs. Les chercheurs et les cliniciens travaillant dans des institutions publiques (comme les universités, les hôpitaux, les organismes gouvernementaux) peuvent faire de simples copies du M.I.N.I. afin de l'utiliser dans le cadre strict de leurs activités cliniques et de recherches

M.I.N.I. 5.0.0 French version / DSM-IV / current (August 1998)

<i>NOM DU PATIENT :</i>	<i>PROTOCOLE NUMERO :</i>
<i>DATE DE NAISSANCE:</i>	<i>Heure de Début :</i>
<i>ENTRETIEN REALISE PAR :</i>	<i>Heure de Fin :</i>
<i>DATE DE L'ENTRETIEN :</i> _____	<i>DUREE TOTALE :</i> _____

M.I.N.I. 5.0.0 / French version / DSM-IV / current

MODULES	PERIODES EXPLORÉES	
A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR	Actuelle (2 dernières semaines) + vie entière	
A'. EDM avec caractéristiques mélancoliques	Actuelle (2 dernières semaines)	<u>Optionnel</u>
B. DYSTHYMIE	Actuelle (2 dernières années)	
C. RISQUE SUICIDAIRE	Actuelle (mois écoulé)	
D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE	Actuelle + Vie entière	
E. TROUBLE PANIQUE	Actuelle (mois écoulé) + Vie entière	
F. AGORAPHOBIE	Actuelle	
G. PHOBIE SOCIALE	Actuelle (mois écoulé)	
H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF	Actuelle (mois écoulé)	
I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	Actuelle (mois écoulé)	<u>Optionnel</u>
J. ALCOOL (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
K. DROGUES (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
L. TROUBLES PSYCHOTIQUES	Actuelle + Vie entière	
M. ANOREXIE MENTALE	Actuelle (3 derniers mois)	
N. BOULIMIE	Actuelle (3 derniers mois)	
O. ANXIETE GENERALISEE	Actuelle (6 derniers mois)	
P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE	Vie entière	<u>Optionnel</u>

INSTRUCTIONS GENERALES

Le M.I.N.I. (DSM-IV) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 min. \pm 11,6 min.; médiane 15 minutes), explorant de façon standardisée, les principaux Troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le M.I.N.I. peut être utilisé par des cliniciens, après une courte formation. Les enquêteurs non-cliniciens, doivent recevoir une formation plus intensive.

- **Entretien :**

Afin de réduire le plus possible la durée de l'entretien, préparez le patient à ce cadre clinique inhabituel en lui indiquant que vous allez lui poser des questions précises sur ses problèmes psychologiques et que vous attendez de lui / d'elle des réponses en oui ou non.

- **Présentation :**

Le M.I.N.I. est divisé en **modules** identifiées par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.

- Au début de chacun des modules (à l'exception du module « Syndromes psychotiques »), une ou plusieurs **question(s) / filtre(s)** correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé.
- A la fin de chaque module, une ou plusieurs **boîtes diagnostiques** permet(tent) au clinicien d'indiquer si les critères diagnostiques sont atteints.

- **Conventions :**

Les phrases écrites en « lettres minuscules » doivent être lues "mot-à-mot" au patient de façon à standardiser l'exploration de chacun des critères diagnostiques.

Les phrases écrites en « MAJUSCULES » ne doivent pas être lues au patient. Ce sont des instructions auxquelles le clinicien doit se référer de façon à intégrer tout au long de l'entretien les algorithmes diagnostiques.

Les phrases écrites en « gras » indiquent la période de temps à explorer. Le clinicien est invité à les lire autant de fois que nécessaire au cours de l'exploration symptomatique et à ne prendre en compte que les symptômes ayant été présentés au cours de cette période.

Les phrases entre (parenthèses) sont des exemples cliniques décrivant le symptôme évalué. Elles peuvent être lues de manière à clarifier la question.

Lorsque des termes sont séparés par un *slash (/)*, le clinicien est invité à ne reprendre que celui correspondant au symptôme présenté par le patient et qui a été exploré précédemment (par ex. question A3).

Les réponses surmontées d'une flèche (→) indiquent que l'un des critères nécessaires à l'établissement du diagnostic exploré n'est pas atteint. Dans ce cas, le clinicien doit aller directement à la fin du module, entourer « NON » dans la ou les boîtes diagnostiques correspondantes et passer au module suivant.

- **Instructions de cotation :**

Toutes les questions posées doivent être cotées. La cotation se fait à droite de chacune des questions en entourant, soit OUI, soit NON en fonction de la réponse du patient.

Le clinicien doit s'être assuré que chacun des termes formulés dans la question ont bien été pris en compte par le sujet dans sa réponse (en particulier, les critères de durée, de fréquence, et les alternatives "et / ou").

Les symptômes imputables à une maladie physique, ou à la prise de médicaments, de drogue ou d'alcool ne doivent pas être cotés OUI. Le M.I.N.I. Plus qui est une version plus détaillée du M.I.N.I. explore ces différents aspects.

Si vous avez des questions ou des suggestions, si vous désirez être formé à l'utilisation du M.I.N.I. ou si vous voulez être informés des mises à jour, vous pouvez contacter :

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel : +33 (0) 1 42 16 16 59
fax : +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph : +1 813 974 4544
fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

A1	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI	1
A2	Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	NON	OUI	2
	A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?	→ NON	OUI	
A3	Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, <u>ou</u> avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de ± 5 %, c. à d. ± 3,5 kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.) COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)?	NON	OUI	4
c	Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI	5
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	6
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	7
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	8
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON	OUI	9
A4	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ? (ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON) SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :	NON OUI EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL		
A5a	Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?	→ NON	OUI	10
b	Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ?	NON	OUI	11
	A5b EST-ELLE COTEE OUI ?	NON OUI EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE		

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

A'. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR AVEC CARACTERISTIQUES MELANCOLIQUES (option)

SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL (A4 = OUI), EXPLORER CI-DESSOUS :

A6 a	A2 EST-ELLE COTEE OUI	NON	OUI	12
b	Au cours de cette dernière période, lorsque vous vous sentiez le plus mal, aviez-vous perdu la capacité à réagir aux choses qui vous plaisaient ou qui vous rendaient joyeux(se) auparavant ?	NON	OUI	13
	Si NON : Lorsque quelque chose d'agréable survenait, étiez vous incapable de vous en réjouir, même temporairement ?			
	A6a OU A6b SONT-ELLES COTEES OUI	→ NON	OUI	

Au cours des deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et sans intérêt pour la plupart des choses :

A7 a	Les sentiments dépressifs que vous ressentiez étaient-ils différents de ceux que l'on peut ressentir lorsque l'on perd un être cher ?	NON	OUI	14
b	Vous sentiez-vous, en général, plus mal le matin que plus tard dans la journée ?	NON	OUI	15
c	Vous réveilliez-vous au moins deux heures trop tôt, en ayant des difficultés à vous rendormir, presque tous les jours?	NON	OUI	16
d	A3c EST ELLE COTEE OUI ?	NON	OUI	17
e	A3a EST-ELLE COTEE OUI (ANOREXIE OU PERTE DE POIDS) ?	NON	OUI	18
f	Vous sentiez-vous excessivement coupable ou ressentiez-vous une culpabilité qui était hors de proportion avec ce que vous viviez ?	NON	OUI	19

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A7 ?

NON	OUI
EPISODE DEPRESSIF MAJEUR avec Caractéristiques Mélancoliques ACTUEL	

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

B. DYSTHYMIE

NE PAS EXPLORER CE MODULE SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL

B1	Au cours des deux dernières années, vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps ?	→ NON	OUI	20
B2	Durant cette période, vous est-il arrivé de vous sentir bien pendant plus de deux mois ?	NON	→ OUI	21
B3	Depuis que vous vous sentez déprimé(e) la plupart du temps :			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé ?	NON	OUI	22
b	Avez-vous des problèmes de sommeil ou dormez-vous trop ?	NON	OUI	23
c	Vous sentez-vous fatigué(e) ou manquez-vous d'énergie ?	NON	OUI	24
d	Avez-vous perdu confiance en vous-même ?	NON	OUI	25
e	Avez-vous du mal à vous concentrer, ou des difficultés à prendre des décisions ?	NON	OUI	26
f	Vous arrive-t-il de perdre espoir ?	NON	OUI	27
	Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN B3 ?	→ NON	OUI	
B4	Ces problèmes entraînent-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils de manière significative dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ?	→ NON	OUI	28

B4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

**DYSTHYMIE
ACTUEL**

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

C. RISQUE SUICIDAIRE

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

C1	Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?	NON	OUI	1
C2	Voulu vous faire du mal ?	NON	OUI	2
C3	Pensé à vous suicider ?	NON	OUI	3
C4	Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?	NON	OUI	4
C5	Fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	5

Au cours de votre vie,

C6	Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	6
----	--	-----	-----	---

Y A-T-IL AU MOINS UN OUI CI-DESSUS

SI OUI, SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME SI DESSOUS :

C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER
C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN
C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : ELEVE

NON	OUI
RISQUE SUICIDAIRE ACTUEL	
LEGER	<input type="checkbox"/>
MOYEN	<input type="checkbox"/>
ELEVE	<input type="checkbox"/>

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE

D1 a	Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ? NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL. SI LE PATIENT NE COMPREND PAS LE SENS D'EXALTE OU PLEIN D'ENERGIE, EXPLIQUER COMME SUIV : Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.	NON	OUI	1
	Si OUI			
b	Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie ?	NON	OUI	2
D2 a	Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire même à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ? NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.	NON	OUI	3
	Si OUI			
b	Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment ?	NON	OUI	4
	D1a OU D2a SONT-ELLES COTEES OUI ?	→ NON	OUI	

D3 Si D1B ou D2B = OUI : EXPLORER SEULEMENT L'EPISODE ACTUEL
Si D1B et D2B = NON : EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE

Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein d'énergie / irritable :

a	Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?	NON	OUI	5
b	Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil ?)	NON	OUI	6
c	Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre ?	NON	OUI	7
d	Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ?	NON	OUI	8
e	Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?	NON	OUI	9
f	Etiez-vous tellement actif(ve), ou aviez-vous une telle activité physique, que les autres s'inquiétaient pour vous ?	NON	OUI	10

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

g Aviez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ?

NON OUI 11

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN D3

OU 4 SI D1a = NON (EPISODE PASSE) OU D1b = NON (EPISODE ACTUEL) ?

→

NON OUI

D4 Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine **et** ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail/à l'école ou dans vos relations avec les autres **ou** avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ?
COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

NON OUI 12

D4 EST-ELLE COTEE NON ?

NON OUI

*EPISODE
HYPOMANIAQUE*

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

ACTUEL

PASSE

D4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

EPISODE MANIAQUE

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

ACTUEL

PASSE

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S). ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

E. TROUBLE PANIQUE

E1	Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) subitement très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ? NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMES EN MOINS DE 10 MINUTES	NON	OUI	1
SI E1 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E2	Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?	NON	OUI	2
SI E2 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E3	A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ?	NON	OUI	3
SI E3 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E4	Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :			
a	Aviez-vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ?	NON	OUI	4
b	Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ?	NON	OUI	5
c	Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ?	NON	OUI	6
d	Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ?	NON	OUI	7
e	Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?	NON	OUI	8
f	Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?	NON	OUI	9
g	Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?	NON	OUI	10
h	Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?	NON	OUI	11
i	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	NON	OUI	12
j	Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle)?	NON	OUI	13
k	Aviez-vous peur de mourir ?	NON	OUI	14
l	Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?	NON	OUI	15
m	Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?	NON	OUI	16
E5	Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ? SI E5 = NON, PASSER A E7	NON	OUI	
<i>Trouble Panique Vie entière</i>				
E6	Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ? SI E6 = OUI, PASSER A F1	NON	OUI	17
<i>Trouble Panique Actuel</i>				
E7	Y A-T-IL 1, 2 OU 3 OUI EN E4 ?	NON	OUI	18
<i>Attaques Paucisymptomatiques vie entière</i>				

M.I.N.I. 5.0.0 French version / DSM-IV / current (August 1998)

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

F. AGORAPHOBIE

F1 Etes-vous anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il serait difficile d'avoir une aide si vous paniquiez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ?

NON OUI 19

SI F1 = NON, ENTOURER NON EN F2

F2 Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou bien êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontez seul(e) ou bien encore essayez-vous d'être accompagné(e) lorsque vous devez les affronter ?

NON OUI 20

Agoraphobie Actuel

F2 (AGORAPHOBIE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE NON
et
E6 (TROUBLE PANIQUE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

*TROUBLE PANIQUE
sans Agoraphobie
ACTUEL*

F2 (AGORAPHOBIE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE OUI
et
E6 (TROUBLE PANIQUE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

*TROUBLE PANIQUE
avec Agoraphobie
ACTUEL*

F2 (AGORAPHOBIE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE OUI
et
E5 (TROUBLE PANIQUE *VIE ENTIERE*) EST-ELLE COTEE NON ?

NON OUI

*AGORAPHOBIE
sans antécédents de
Trouble Panique
ACTUEL*

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

G. PHOBIE SOCIALE

G1	Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public, ou bien encore écrire lorsque l'on vous regardait ?	→ NON	OUI	1
G2	Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ?	→ NON	OUI	2
G3	Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous devez les affronter ?	→ NON	OUI	3
G4	Cette peur entraîne-t-elle chez vous une souffrance importante ou vous gêne-t-elle de manière significative dans votre travail ou dans vos relations avec les autres ?	NON	OUI	4

G4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

*PHOBIE SOCIALE
ACTUEL*

→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

H1 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent eu des pensées ou des pulsions déplaisantes, inappropriées ou angoissantes qui revenaient sans cesse alors que vous ne le souhaitiez pas, comme par exemple penser que vous étiez sale **ou** que vous aviez des microbes, **ou** que vous alliez frapper quelqu'un malgré vous, **ou** agir impulsivement **ou** bien encore étiez-vous envahi(e) par des obsessions à caractère sexuel, des doutes irrépessibles **ou** un besoin de mettre les choses dans un certain ordre ?

NON OUI 1

NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLEMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIEES A UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, A DES DEVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE, OU A UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN PLAISIR ET VOULOIR Y RESISTER SEULEMENT A CAUSE DE LEURS CONSEQUENCES NEGATIVES

Si H1 = NON, PASSER A H4

H2 Avez-vous essayé, mais sans succès, de résister à certaines de ces idées, de les ignorer ou de vous en débarrasser ?

NON OUI 2

Si H2 = NON, PASSER A H4

H3 Pensez-vous que ces idées qui reviennent sans cesse sont le produit de vos propres pensées et qu'elles ne vous sont pas imposées de l'extérieur ?

NON OUI 3

H4 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent éprouvé le besoin de faire certaines choses sans cesse, sans pouvoir vous en empêcher, comme vous laver les mains, compter, vérifier des choses, ranger, collectionner, ou accomplir des rituels religieux ?

NON OUI 4

H3 OU H4 SONT-ELLES COTEES OUI ?

→
NON OUI

H5 Pensez-vous que ces idées envahissantes et/ou ces comportements répétitifs sont déraisonnables, absurdes, ou hors de proportion ?

→
NON OUI 5

H6 Ces pensées ou ces pulsions envahissantes et/ou ces comportements répétitifs vous gênent-ils(elles) vraiment dans vos activités quotidiennes, votre travail, ou dans vos relations avec les autres, ou vous prennent-ils (elles) plus d'une heure par jour ?

NON OUI 6

H6 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
TROUBLE OBSESSIONNEL- COMPULSIF ACTUEL	

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (option)

I1	Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ? EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...	→ NON OUI	1
I2	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement, en avez-vous rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?	→ NON OUI	2

I3 Au cours du mois écoulé :

a	Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou avez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ?	NON OUI	3
b	Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement de ce qu'il s'est passé ?	NON OUI	4
c	Aviez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ?	NON OUI	5
d	Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ?	NON OUI	6
e	Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ?	NON OUI	7
f	Aviez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ?	NON OUI	8
	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ?	→ NON OUI	

I4 Au cours du mois écoulé :

a	Aviez-vous des difficultés à dormir ?	NON OUI	9
b	Etiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ?	NON OUI	10
c	Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON OUI	11
d	Etiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ?	NON OUI	12
e	Un rien vous faisait-il sursauter ?	NON OUI	13
	Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ?	→ NON OUI	

I5	Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils gêné dans votre travail, vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?	NON OUI	14
----	---	---------	----

I5 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
<i>ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ACTUEL</i>	

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

J. DEPENDANCE ALCOOLIQUE / ABUS D'ALCOOL

J1	Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé à plus de trois reprises de boire, en moins de trois heures, plus que l'équivalent d'une bouteille de vin (ou de 3 verres d'alcool fort) ?	→ NON	OUI	1
J2 Au cours des 12 derniers mois :				
a	Aviez-vous besoin de plus grandes quantités d'alcool pour obtenir le même effet qu'auparavant ?	NON	OUI	2
b	Lorsque vous buviez moins, vos mains tremblaient-elles, transpiriez-vous ou vous sentiez-vous agité(e) ? Ou, vous arrivait-il de prendre un verre pour éviter d'avoir ces problèmes ou pour éviter d'avoir la « gueule de bois » ? COTER OUI, SI OUI A L'UN OUL'AUTRE	NON	OUI	3
c	Lorsque vous buviez, vous arrivait-il souvent de boire plus que vous n'en aviez l'intention au départ ?	NON	OUI	4
d	Avez-vous essayé, sans pouvoir y arriver, de réduire votre consommation ou de ne plus boire ?	NON	OUI	5
e	Les jours où vous buviez, passiez-vous beaucoup de temps à vous procurer de l'alcool, à boire ou à vous remettre des effets de l'alcool ?	NON	OUI	6
f	Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous buviez ?	NON	OUI	7
g	Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ?	NON	OUI	8

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN J2 ?

NON	OUI
DEPENDANCE ALCOOLIQUE ACTUEL	

LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE ALCOOLIQUE ?

→
NON OUI

J3 Au cours des 12 derniers mois :

a	Avez-vous été à plusieurs reprises ivre ou avec la « gueule de bois » alors que vous aviez des choses à faire au travail (/à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ? NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES	NON	OUI	9
---	---	-----	-----	---

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|----|
| b | Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de l'alcool dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ? | NON | OUI | 10 |
| c | Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez bu comme une interpellation ou une condamnation ? | NON | OUI | 11 |
| d | Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ? | NON | OUI | 12 |

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN J3 ?

NON OUI

*ABUS D'ALCOOL
ACTUEL*

CAPTAGON	FEUILLE DE COCA	OPIUM
CATOVIT	HASCHICH	PALFIUM
COCAÏNE	HEROÏNE	RITALINE
CODEINE	L.S.D.	SHIT
COLLE	MARIJUANA	TEMGESIC
CRACK	MESCALINE	TOLUENE
ECSTASY	METHADONE	TRICHLORETHYLENE

M.I.N.I.

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

K. TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE)

K1 Maintenant je vais vous montrer / vous lire (MONTRER LA CARTE DES SUBSTANCES / LIRE LA LISTE CI-DESSOUS), une liste de drogues et de médicaments et vous allez me dire si au cours des 12 derniers mois, il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre l'un de ces produits dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ?

→
NON OUI

ENTOUREZ CHAQUE PRODUIT CONSOMME :

Stimulants : amphétamines, « speed », Ritaline, pilules coupe-faim.

Cocaïne : cocaïne, « coke », crack, « speedball ».

Opiacés : héroïne, morphine, opium, méthadone, codéine, mépéridine, fentanyl.

Hallucinogènes : L.S.D., « acide », mescaline, PCP, « angel dust », « champignons », ecstasy.

Solvants volatiles : « colle », éther.

Cannabinoïdes : haschisch, « hasch », THC, cannabis, « herbe », « shit ».

Sédatifs : Valium, Xanax, Témesta, Halcion, Lexomil, secobarbital, « barbis ».

Divers : Anabolisants, Stéroïdes, « poppers ». Prenez-vous d'autres substances ?

SPECIFIER LA (OU LES) SUBSTANCE(S) LES PLUS CONSOMMEE(S) : _____

SPECIFIER CE QUI SERA EXPLORÉ CI DESSOUS :

- SI CONSOMMATION DE PLUSIEURS SUBSTANCES (EN MEME TEMPS OU SEQUENTIELLEMENT) :

CHAQUE SUBSTANCE OU CLASSE DE SUBSTANCES SEPARÉMENT
UNIQUEMENT LA SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) LA
PLUS CONSOMMÉE

- SI SEULEMENT UNE SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES)
CONSOMMÉE :

UNIQUEMENT UNE SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES)

K2 En considérant votre consommation de [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE], au cours des 12 derniers mois :

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| a | Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ? | NON | OUI | 1 |
| b | Lorsque vous en preniez moins, ou arrêtez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du cœur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ?
Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (SYMPTOMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ?
COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE | NON | OUI | 2 |
| c | Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ? | NON | OUI | 3 |

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| d | Avez-vous essayé, sans y arriver de réduire votre consommation ou d'arrêter d'en prendre ? | NON | OUI | 4 |
| e | Les jours où vous en preniez, passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ? | NON | OUI | 5 |
| f | Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous vous droguiez ? | NON | OUI | 6 |
| g | Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ? | NON | OUI | 7 |

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN K2 ?

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

NON	OUI
<i>DEPENDANCE à une (des) SUBSTANCES(S) ACTUEL</i>	

LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE POUR LA(LES) SUBSTANCES(S) CONSOMMEE(S) ?

NON **→** OUI

K3 Au cours des 12 derniers mois :

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|----|
| a | Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) par [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail (/à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ?
NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES | NON | OUI | 8 |
| b | Vous est-il arrivé d'être sous l'effet [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ? | NON | OUI | 9 |
| c | Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez pris [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] comme une interpellation ou une condamnation ? | NON | OUI | 10 |
| d | Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ? | NON | OUI | 11 |

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN K3 ?

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) : _____

NON	OUI
<i>ABUS DE SUBSTANCE(S) ACTUEL</i>	

L. TROUBLES PSYCHOTIQUES

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE MODULE, EN CAS DE REPONSE POSITIVE DEMANDER UN EXEMPLE.

NE COTER OUI QUE SI LES EXEMPLES MONTRENT CLAIEMENT UNE DISTORSION DE LA PENSEE ET / OU DE LA PERCEPTION OU S'ILS SONT CULTURELLEMENT INNAPROPRIES.

AVANT DE COTER, EVALUER LE CARACTERE « BIZARRE » DES REPONSES.

IDEES DELIRANTES BIZARRES : LE CONTENU EST MANIFESTEMENT ABSURDE, INVRAISEMBLABLE, ET NE PEUT ETRE BASE SUR DES EXPERIENCES HABITUELLES DE LA VIE.

HALLUCINATIONS BIZARRES : VOIX QUI FONT DES COMMENTAIRES SUR LES PENSEES OU LES ACTES DU PATIENT OU PLUSIEURS VOIX QUI PARLENT ENTRE ELLES.

				BIZARRE	
A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.					
L1 a	Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?	NON	OUI	OUI	1
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON	OUI	OUI → L6a	2
L2 a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?	NON		OUI	3
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON		OUI → L6a	4
L3 a	Avez-vous déjà cru que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle pour vous ? Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé ?	NON		OUI	5
b	SI OUI : Actuellement, croyez-vous cela ?	NON		OUI → L6a	6
L4 a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision ou la radio ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?	NON	OUI	OUI	7
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON	OUI	OUI → L6a	8
L5 a	Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou hors de la réalité, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ? NE COTER OUI QUE SI LE PATIENT PRESENTE CLAIEMENT DES IDEES DELIRANTES HYPOCHONDRIQUES OU DE POSSESSION, DE CULPABILITE, DE RUINE, DE GRANDEUR OU D'AUTRES NON EXPLOREES PAR LES QUESTIONS L1 A L4	NON	OUI	OUI	9
b	SI OUI : Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ?	NON	OUI	OUI	10
L6 a	Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ? COTER OUI « BIZARRE » UNIQUEMENT SI LE PATIENT REPOND OUI A LA QUESTION : Ces voix commentaient-elles vos pensées ou vos actes ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ?	NON	OUI	OUI	11
b	SI OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?	NON	OUI	OUI → L8b	12

M.I.N.I. 5.0.0 French version / DSM-IV / current (August 1998)

L7 a Vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillé(e), d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ?
COTER OUI SI CES VISIONS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIÉES.

NON OUI 13

b Si OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?

NON OUI 14

OBSERVATION DE L'INTERVIEWER :

L8 b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN DISCOURS CLAIREMENT INCOHERENT OU DESORGANISE, OU UNE PERTE NETTE DES ASSOCIATIONS ?

NON OUI 15

L9 b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN COMPORTEMENT NETTEMENT DESORGANISE OU CATATONIQUE ?

NON OUI 16

L10b DES SYMPTOMES NEGATIFS TYPIQUEMENT SCHIZOPHRENIQUES (AFFECT ABRASE, PAUVRETE DU DISCOURS / ALOGIE, MANQUE D'ENERGIE OU D'INTERET POUR DEBUTER OU MENER A BIEN DES ACTIVITES / AVOLITION) SONT-ILS AU PREMIER PLAN AU COURS DE L'ENTRETIEN ?

NON OUI 17

L11 DE L1 A L10, Y A-T-IL AU MOINS

UNE QUESTION « b » COTEE OUI BIZARRE
OU
DEUX QUESTIONS « b » COTEES OUI (NON BIZARRE) ?

NON	OUI
<i>SYNDROME PSYCHOTIQUE ACTUEL</i>	

L12 DE L1 A L7, Y A-T-IL AU MOINS

UNE QUESTION « a » COTEE OUI BIZARRE
OU
DEUX QUESTIONS « a » COTEES OUI (NON BIZARRE) ?
(VERIFIER QUE LES 2 SYMPTOMES SONT SURVENUS EN MEME TEMPS)
OU
L11 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
<i>SYNDROME PSYCHOTIQUE VIE ENTIERE</i>	

L13a SI L11 EST COTEE OUI OU S'IL Y A AU MOINS UN OUI DE L1 A L7 :

LE PATIENT PRESENTE-T-IL
UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (ACTUEL OU PASSE)
OU
UN EPISODE MANIAQUE (ACTUEL OU PASSE) ?

→
NON OUI

b SI L13a EST COTEE OUI :
Vous m'avez dit tout à l'heure avoir présenté une (des) période(s) où vous vous sentiez déprimé(e) / exalté(e) / particulièrement irritable. Les idées ou impressions dont nous venons de parler telles que (CITER LES SYMPTOMES COTES OUI DE L1 A L7) sont-elles survenues uniquement pendant cette (ces) période(s) où vous étiez déprimé(e) / exalté(e) / irritable ?

NON OUI 18

L13b EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
<i>TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTERISTIQUES PSYCHOTIQUES ACTUEL</i>	

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

M. ANOREXIE MENTALE

M1 a	Combien mesurez-vous ?	|_|_|_| cm		
b	Au cours des 3 derniers mois, quel est a été votre poids le plus faible ?	|_|_|_| kg		
c	LE POIDS DU PATIENT EST-IL INFERIEUR AU SEUIL CRITIQUE INDIQUE POUR SA TAILLE ? VOIR TABLEAU DE CORRESPONDANCE EN BAS DE PAGE	→ NON OUI		1

Au cours des trois derniers mois :

M2	Avez-vous refusé de prendre du poids, malgré le fait que vous pesiez peu ?	→ NON OUI		2
M3	Aviez-vous peur de prendre du poids ou redoutiez-vous de devenir trop gros(se) ?	→ NON OUI		3
M4 a	Vous trouviez-vous encore trop gros(se), ou pensiez-vous qu'une partie de votre corps était trop grosse ?	NON OUI		4
b	L'opinion ou l'estime que vous aviez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?	NON OUI		5
c	Pensiez-vous que ce poids était normal, voire excessif ?	NON OUI		6
M5	Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN M4 ?	→ NON OUI		
M6	POUR LES FEMMES SEULEMENT : Ces trois derniers mois, avez-vous eu un arrêt de vos règles alors que vous auriez dû les avoir (en l'absence d'une éventuelle grossesse) ?	→ NON OUI		7

**POUR LES FEMMES : M5 ET M6 SONT-ELLES COTEES OUI ?
POUR LES HOMMES : M5 EST-ELLE COTEE OUI ?**

NON	OUI
ANOREXIE MENTALE ACTUEL	

TABLEAU DE CORRESPONDANCE TAILLE - SEUIL DE POIDS CRITIQUE (SANS CHAUSSURE, SANS VETEMENT)

TAILLE (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Femmes	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Hommes	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE REDUCTION PAR RAPPORT AU POIDS NORMAL)

M.I.N.I. 5.0.0 French version / DSM-IV / current (August 1998)

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

N. BOULIMIE

N1	Au cours de ces trois derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir des crises de boulimie durant lesquelles vous mangiez de très grandes quantités de nourriture dans une période de temps limitée, c'est à dire en moins de 2 heures ?	→ NON	OUI	8
N2	Avez-vous eu de telles crises de boulimie au moins deux fois par semaine au cours de ces 3 derniers mois ?	→ NON	OUI	9
N3	Durant ces crises de boulimie, avez-vous l'impression de ne pas pouvoir vous arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler la quantité de nourriture que vous prenez ?	→ NON	OUI	10
N4	De façon à éviter une prise de poids après ces crises de boulimie, faites-vous certaines choses comme vous faire vomir, vous astreindre à des régimes draconiens, pratiquer des exercices physiques importants, ou prendre des laxatifs, des diurétiques, ou des coupe-faim ?	→ NON	OUI	11
N5	L'opinion ou l'estime que vous avez de vous-même sont-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?	→ NON	OUI	12
N6	LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE ANOREXIE MENTALE ?	NON	OUI	13
	SI N6 = NON, PASSER A N8			
N7	Ces crises de boulimie surviennent-elles toujours lorsque votre poids est en dessous de ____ kg* ? * REPRENDRE LE POIDS CRITIQUE DU PATIENT DANS LA TABLE DU MODULE ANOREXIE MENTALE EN FONCTION DE SA TAILLE ET DE SON POIDS.	NON	OUI	14
N8	N5 EST-ELLE COTEE OUI ET N7 COTEE NON (OU NON COTEE) ?	NON OUI BOULIMIE ACTUEL		
	N7 EST-ELLE COTEE OUI ?	NON OUI ANOREXIE MENTALE Binge-eating / Purging type ACTUEL		

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

O. ANXIETE GENERALISEE

- O1 a Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous senti(e), excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage, ou avez-vous eu l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien ?
- NON OUI 1
- NE PAS COTER OUI SI L'ANXIETE SE RESUME A UN TYPE D'ANXIETE DEJA EXPLORÉ PRECEDEMMENT COMME LA PEUR D'AVOIR UNE ATTAQUE DE PANIQUE (TROUBLE PANIQUE), D'ETRE GENE EN PUBLIC (PHOBIE SOCIALE), D'ETRE CONTAMINE (TOC), DE PRENDRE DU POIDS (ANOREXIE MENTALE) ETC...
- b Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ?
- NON OUI 2
- O2 Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ou vous empêchent-elles de vous concentrer sur ce que vous avez à faire ?
- NON OUI 3
- DE O3a A O3f, COTER NON LES SYMPTOMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORÉS PRECEDEMMENT
- O3 Au cours des six derniers mois lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent:
- a De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?
- NON OUI 4
- b D'avoir les muscles tendus ?
- NON OUI 5
- c De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?
- NON OUI 6
- d D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?
- NON OUI 7
- e D'être particulièrement irritable ?
- NON OUI 8
- f D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?
- NON OUI 9

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN O3 ?

NON OUI
**ANXIETE GENERALISEE
ACTUEL**

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE (option)

P1 Avant l'âge de 15 ans, avez-vous :

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| a | Fréquemment fait l'école buissonnière ou passé la nuit en dehors de chez vous ? | NON | OUI | 1 |
| b | Fréquemment menti, triché, arnaqué les gens ou volé ? | NON | OUI | 2 |
| c | Brutalisé, menacé ou intimidé les autres ? | NON | OUI | 3 |
| d | Volontairement détruit ou mis le feu ? | NON | OUI | 4 |
| e | Volontairement fait souffrir des animaux ou des gens ? | NON | OUI | 5 |
| f | Contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles avec vous ? | NON | OUI | 6 |



Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN P1 ? NON OUI

P2 NE PAS COTER OUI LES REPNSES CI-DESSOUS, SI LES COMPORTEMENTS SONT UNIQUEMENT PRESENTES DANS DES CONTEXTES POLITIQUES OU RELIGIEUX.

Depuis l'âge de 15 ans, avez-vous :

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|----|
| a | Eu souvent des comportements que les autres trouvaient irresponsables comme ne pas rembourser des sommes dues, agir impulsivement ou volontairement ne pas travailler pour assurer le minimum vital ? | NON | OUI | 7 |
| b | Fait des choses illégales (même si vous n'avez pas été pris) comme détruire le bien d'autrui, voler, vendre de la drogue ou commettre un crime ? | NON | OUI | 8 |
| c | Souvent été violent physiquement, y compris avec votre conjoint ou vos enfants ? | NON | OUI | 9 |
| d | Souvent menti ou arnaqué les autres dans le but d'obtenir de l'argent ou du plaisir, ou menti juste pour vous amuser ? | NON | OUI | 10 |
| e | Exposé des gens à des dangers sans vous préoccuper d'eux ? | NON | OUI | 11 |
| f | Ressenti aucune culpabilité après avoir menti, ou blessé, maltraité ou volé quelqu'un ou détruit le bien d'autrui ? | NON | OUI | 12 |

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN P2 ?

NON OUI

**TROUBLE DE LA
PERSONNALITE
ANTISOCIALE
VIE ENTIERE**

REFERENCES

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; 12 : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; 12 : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; 13 : 26-34.

Les versions originales française et anglaise du M.I.N.I. / DSM-IV ont été traduites et peuvent être demandées aux auteurs (voir page 3). Une version CIM-10 du M.I.N.I. est aussi disponible en français, en anglais et en danois.

Traductions	M.I.N.I. 4.4 et versions antérieures	M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. screen
Afrikaans		R. Emsley
Allemand	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Arabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basque		En préparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brésilien	P. Amorim	P. Amorim
Bulgare		L.G. Hranov
Catalan		En préparation
Chinois		L. Carroll
Croate		En préparation
Danois	P. Bech	P. Bech, T. Scitze
Espagnol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert
Farsi/Perse		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finois	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	En préparation
Gallois		En préparation
Grecque	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hébreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		K. Batra, S. Gambir
Hongrois	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Italien	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, P. Donda, A. Rossi, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano
Japonais		H. Watanabe
Letton	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Néerlandais/ Flamand	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Norvégien	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, U. Malt, E. Malt
Polonais	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Portugais	P. Amorim	P. Amorim, T. Guterres
Punjabi		S. Gambir
Roumain		O. Driga
Russe		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Serbe	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Slovène	M. Kocmur	M. Kocmur
Suédois	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble
Tchèque	P. Zvolsky	P. Zvolsky
Turque	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		S. Gambir

Le M.I.N.I. a été développé simultanément en français et en anglais. Le développement et la validation du M.I.N.I. ont été rendus possibles grâce, en partie, à des fonds alloués par la CNAM (701061), les laboratoires SmithKline Beecham et l'UE. Imp. le 07/04/06 15:04

M.I.N.I. 5.0.0 French version / DSM-IV / current (August 1998)

RÉSUMÉ

L'objectif de notre étude observationnelle a été d'évaluer la fréquence de sujets avec trouble psychiatrique dans deux échantillons distincts de patients pré- et post-sleeve gastrectomy tous suivis au Centre Hospitalo- Universitaire (CHU) de Rouen.

De Mai 2016 à Avril 2017, 54 patients ont été inclus : la moitié dans le groupe pré-sleeve gastrectomy et l'autre moitié dans le groupe post-sleeve gastrectomy. Quatre questionnaires (l'Inventaire de la Boulimie d'Edinburgh (B.I.T.E), l'échelle d'Attitudes Dysfonctionnelles (DAS), l'Echelle d'Anxiété et de Dépression (HAD) et le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)) ont été administrés aux patients.

Le pourcentage de patients ayant au moins un trouble psychiatrique a été de 59,3% IC95% [40,8 ; 77,8] dans le groupe pré-sleeve contre 18,5% IC95% [3,9 ; 33,1] dans le groupe post-sleeve ($p < 0,003$). Des biais cognitifs ont été retrouvés chez 7,4% des patients dans le groupe pré-sleeve et 7,4% de ceux du groupe post-sleeve. De plus, 22,2% des patients du groupe pré-sleeve ont eu un diagnostic de « comportement alimentaire inhabituel » et 11,1% ont eu celui d'une « possibilité de boulimie » (vs aucun des patients du groupe post-sleeve dans les deux cas, $p < 0,001$). Dans le groupe pré-sleeve, une anxiété est retrouvée chez 15% des patients et une dépression chez 7% des patients contre respectivement 4% et 0% dans le groupe post-sleeve (tous NS). Dans le groupe pré-sleeve, sont retrouvés principalement, l'anxiété, l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique, l'épisode dépressif majeur actuel et passé, le risque suicidaire léger, le trouble lié à une substance autre qu'alcoolique et, dans le groupe post-sleeve, le risque suicidaire léger et l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique.

Le dépistage et la prise en charge précoces des troubles psychiatriques en préopératoire ainsi que la poursuite du suivi psychiatrique post-opératoire pourraient améliorer l'efficacité à long terme de cette chirurgie.

Mots clés : Sleeve gastrectomy, chirurgie bariatrique, fréquence des comorbidités psychiatriques, biais cognitifs.