



HAL
open science

État des lieux des pratiques concernant l'évaluation psychosociale des patients candidats à la chirurgie bariatrique

Lisa Poupard

► **To cite this version:**

Lisa Poupard. État des lieux des pratiques concernant l'évaluation psychosociale des patients candidats à la chirurgie bariatrique. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04192053

HAL Id: dumas-04192053

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04192053v1>

Submitted on 30 Oct 2023

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2022

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 20/04/2022

Par

Lisa Poupard

**Etat des lieux des pratiques concernant l'évaluation psychosociale
des patients candidats à la chirurgie bariatrique**

Dirigée par la Docteure Louise Avenet

JURY

Mme le Professeur Caroline Dubertret

Présidente

Mme la Docteure Louise Avenet

Directrice

M. le Professeur Yann Le Strat Docteur

Membre du jury

Mme la Docteure Séverine Ledoux

Membre du jury

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

Remerciements

Aux membres du jury :

À Mme le Docteur Louise Avenet, Praticien Hospitalier, pour sa confiance et son soutien durant l'encadrement de ce travail de thèse ainsi que pour son dynamisme, sa disponibilité, ses conseils précieux et ses encouragements de jour comme de nuit. Après deux années à travailler ensemble, je te remercie de ton accompagnement qui m'a permis de mener à bien ce travail passionnant.

À Mme la Professeure Caroline Dubertret, Professeure des Universités, Praticien Hospitalier, pour l'honneur qu'elle m'a accordé de présider ce jury ainsi que pour sa disponibilité, sa confiance, sa présence rassurante de près ou de loin. En espérant vivement pouvoir profiter encore de votre expérience au sein de votre service prochainement.

À M. le Professeur Yann Le Strat, Professeure des Universités, Praticien Hospitalier, pour avoir accepté de prendre part à ce jury mais également pour ses conseils méthodologiques avisés, sa disponibilité et son professionnalisme. Je vous remercie également pour votre volonté de nous transmettre votre goût pour la recherche clinique.

À Mme le Docteur Séverine Ledoux, Praticien Hospitalier, pour avoir accepté de compléter ce jury et mettre à l'honneur la pluridisciplinarité clinique que je pense nécessaire aux biens des patients. Merci pour votre intérêt et votre disponibilité dès les prémices de mon travail.

Aux professionnels qui m'ont partagé leur expertise en matière de chirurgie bariatrique :

le Docteur Noëlle Cariclet, le Docteur Marie Seman, Madame Juliette Rufin et Madame Marie Delapierre pour le temps que vous m'avez accordé, votre gentillesse et vos encouragements dans ce projet. Je remercie également tous les autres psychiatres et psychologues qui ont répondu à l'auto-questionnaire envoyé et sans qui, ce travail n'aurait pas pu aboutir.

A tous ceux qui m'ont accompagné durant mon parcours en médecine :

A tous les praticiens hospitaliers et chefs de clinique qui ont guidé mes pas d'interne. A tous les infirmiers, aides-soignants, psychologues, ergothérapeutes et psychomotriciens qui ont croisé mon chemin d'interne pour le partage de votre expérience riche et enrichissante.

A tous mes co-internes pour leur soutien durant les stages et plus particulièrement à celles qui sont devenues aujourd'hui de chères amies : Marguerite, Manon et Esther. Longue vie à nos échanges cliniques !

A mes chers amis de l'externat sans qui ces sept années auraient été beaucoup plus longues et qui, malgré l'éloignement géographique, restent soutenant, présents et toujours partants pour dévaler les pistes de ski chaque année. Je remercie tout spécialement Emma pour ses heures de relecture et pour être cette épaule sur laquelle on peut toujours compter.

A mes amis de plus longue date et plus particulièrement à la ChabichouTeam pour tous ces bons moments passés ensemble et ceux encore à venir.

A tous ceux qui m'ont accompagné depuis le début :

A ma famille pour son amour et son soutien inébranlable et plus particulièrement à Anne-Cécile, Claire-Marie, Nicole et Benjamin pour leurs efforts de relecture.

A ma sœur pour son amour et sa bienveillance à toute épreuve. Merci de m'avoir remonté le moral dans les coups durs de l'externat. Sans toi, je n'en serais pas là aujourd'hui.

A ma maman pour son amour, son soutien, son aide, et sa disponibilité inconditionnelle. Pour toutes ces heures de relecture, tu as été mon aide la plus précieuse pour terminer ce travail.

A celui qui j'espère m'accompagnera encore longtemps, **Loïk**. Merci pour ta patience, ton calme et ta capacité à me faire trouver un équilibre de vie plus doux. Je te remercie pour tes encouragements et ton soutien inconditionnel qui me permettent de poursuivre mes projets professionnels et personnels, même les plus lointains.

A tous ceux que je ne peux citer ici mais qui comptent pour moi et qui se reconnaîtront.

Résumé :

L'activité de chirurgie bariatrique ne cesse d'augmenter et atteint pratiquement un million d'actes réalisés à l'échelle mondiale depuis les années 1950. Si l'efficacité de cette chirurgie en termes de morbi-mortalité des personnes obèses est incontestable, les effets secondaires sont parfois sévères notamment sur le plan psychiatrique et addictologique. Les recommandations françaises de la Haute Autorité de Santé (publiées en 2009) soulignent donc l'obligation d'évaluer chaque patient candidat à la chirurgie de l'obésité par un psychiatre et/ou un psychologue. Cependant, on constate que l'application de cette recommandation n'est ni systématique, ni standardisée. Ce travail a pour but d'évaluer l'hétérogénéité des pratiques des psychiatres et psychologues réalisant les évaluations psychosociales préopératoires à la chirurgie de l'obésité.

Une revue de la littérature a permis de poser les enjeux de cette évaluation et de comparer les recommandations internationales. Une grille listant les différents critères d'évaluation recherchés lors de cette consultation préopératoire a été établie. Des items de cette grille ont été sélectionnés en interrogeant les pratiques de trois psychiatres et quatre psychologues ayant une expertise en ce domaine et en s'appuyant sur la revue de la littérature.

Cet auto-questionnaire a été diffusé par messagerie électronique à trente psychiatres et psychologues du territoire français du secteur public ou privé afin de recueillir anonymement des données quantitatives et qualitatives.

Trente réponses ont été collectées parmi lesquelles 37 % étaient celles de psychiatres et 63 % celles de psychologues. Plus d'un cinquième des thèmes évalués par les professionnels ne faisaient pas consensus car moins de 50 % d'entre eux, les interrogent de manière systématique. Près d'un tiers des thèmes évalués font l'objet d'un accord professionnel partiel puisque interrogés dans moins de 75 % des cas. De plus, 75 % des professionnels interrogés étaient « favorables » ou « plutôt favorables » à l'instauration d'un questionnaire standardisé

pouvant les guider dans l'évaluation psycho-sociale des patients candidats à la chirurgie bariatrique.

Ce travail montre une hétérogénéité des pratiques dans les évaluations psychosociales des patients candidats à la chirurgie bariatrique. Les professionnels concernés sont en demande d'outils pour améliorer leurs pratiques et la grille d'évaluation proposée pourrait en être un. La poursuite des travaux de recherche dans le domaine des critères psycho-sociaux d'évaluation des patients candidats à la chirurgie de l'obésité est essentielle pour mieux repérer les éléments qui constituent une contre-indication définitive ou temporaire à cette chirurgie.

Spécialité :

Psychiatrie

Mots clés français :

Obésité / Chirurgie bariatrique /consultation préopératoire

Évaluation psychosociale/ contre-indication

Forme ou Genre :

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

Liste des abréviations

- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IMC : Indice de Masse Corporelle
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- PNNS : Plan National Nutrition Santé
- CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique
- ADN : Acide Désoxyribonucléique
- GABA : Acide Gamma Aminobutyrique
- TCA : Trouble du Comportement Alimentaire
- BED : Binge Eating Disorder
- BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive
- TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales
- CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- CSO : Centre Spécialisé Obésité
- IFSO: International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorder
- RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
- PUPH : Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
- ATCD : Antécédent

Table des matières

1. L'OBESITE ET SA PRISE EN CHARGE : REVUE DE LA LITTERATURE.....	13
1.1 L'OBESITE.....	13
1.1.1 <i>Données générales</i>	13
1.1.1.1 Définitions.....	13
1.1.1.2 Données chiffrées	13
1.1.1.3 Impact de l'obésité sur la morbi-mortalité	14
1.1.1.5 Etiologies de l'obésité	15
1.1.1.6 Enjeux actuels des recherches scientifiques	16
1.1.2 <i>Hypothèses étiologiques du registre psychogène</i>	18
1.1.2.1 Hypothèses analytiques	18
1.1.2.2 Hypothèses comportementalistes	19
1.1.2.3 Hypothèses cognitives	19
1.1.2.4 Hypothèses neurobiologiques	20
1.1.3 <i>Le rôle des troubles psychopathologiques</i>	21
1.1.3.1 Troubles du comportement alimentaire et psychotraumatismes	21
1.1.3.2 Troubles de la gestion émotionnelle.....	22
1.1.3.3 Troubles de la personnalité	22
1.1.3.4 Troubles du sommeil.....	23
1.1.3.5 Troubles anxieux	24
1.1.3.6 Troubles psychiatriques	24
1.1.3.7 Les psychotropes	25
1.1.4 <i>L'impact social et sociétal</i>	27
1.2 LES PRISES EN CHARGE DE L'OBESITE	29
1.2.1 <i>Les prises en charge médico-diététiques</i>	29
1.2.1.1 Le Médecin traitant.....	29
1.2.1.2 L'Endocrinologue	30
1.2.1.3 Le Médecin Nutritionniste	30
1.2.2 <i>Les prises en charge psychopathologiques</i>	32
1.2.2.1 Le Psychiatre	32
1.2.2.2 Le Psychologue.....	32
1.2.2.3 Le Psychomotricien	34
1.2.3 <i>Les autres prises en charge corporelles</i>	34
1.2.3.1 L'enseignant en activité physique et adaptée.....	34
1.2.3.2 Le kinésithérapeute	35
1.2.4 <i>Les prises en charge médicamenteuses</i>	35
1.2.5 <i>Les prises en charge chirurgicales</i>	36

1.2.5.1	Epidémiologie	36
1.2.5.2	Les différentes techniques chirurgicales	37
1.2.5.3	Les bénéfices attendus sur l'excès pondéral.....	41
1.2.5.4	Les bénéfices attendus sur les comorbidités	42
1.2.5.5	Les complications imputables à la chirurgie bariatrique.....	43
1.2.5.6	Une prise en charge avant tout pluridisciplinaire	44
1.2.5.7	Création des Centres Spécialisés de l'Obésité en France	45
1.3	LES ENJEUX DE L'ÉVALUATION PSYCHOSOCIALE PREALABLE A LA CHIRURGIE	46
1.3.1	<i>Le retentissement psychologique de la chirurgie.....</i>	46
1.3.1.1	Schéma corporel et image du corps.....	47
1.3.1.2	L'équilibre socio-familial	48
1.3.1.3	Vie sexuelle	49
1.3.1.4	Régulation émotionnelle.....	49
1.3.1.5	Recrudescence des troubles alimentaires	50
1.3.1.6	La « solution miracle »	50
1.3.2	<i>Les risques d'une décompensation psychiatrique.....</i>	51
1.3.2.1	Troubles addictifs.....	51
1.3.2.2	Hypothèses étiologiques des troubles addictifs.....	52
1.3.2.3	Troubles de l'humeur, conduites suicidaires et troubles anxieux.....	52
1.3.2.4	Hypothèses étiologiques des troubles anxio-dépressifs	54
1.3.2.5	Troubles du comportement alimentaire	56
1.3.3	<i>Les enjeux de l'évaluation préalable à la chirurgie.....</i>	58
1.3.3.1	Le respect des indications et contre-indications.....	58
1.3.3.2	L'alliance thérapeutique	59
1.3.3.3	L'évaluation psychosociale versus l'accompagnement psychique.....	60
1.3.3.4	Stigmatisation de l'obésité et de la santé mentale	61
1.3.3.5	La formation des professionnels	62
1.4	LES RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES AU SUJET DES INDICATIONS A LA CHIRURGIE BARIATRIQUE ET DE L'ÉVALUATION PSYCHO-SOCIALE PREOPERATOIRE	64
1.4.1	<i>Les auteurs.....</i>	64
1.4.2	<i>Les indications</i>	65
1.4.3	<i>Les contre-indications.....</i>	68
1.4.4	<i>Les techniques chirurgicales</i>	69
1.4.5	<i>Les spécialités professionnelles à impliquer dans la prise en charge</i>	70
1.4.6	<i>Les thématiques de l'évaluation psycho-sociale.....</i>	72
2	ANALYSE DES PRATIQUES DES PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES EN FRANCE PAR UN AUTO-QUESTIONNAIRE	76
2.1	LA CONSTRUCTION DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE.....	76
2.1.1	<i>Entretiens préalables avec des professionnels impliqués dans l'évaluation psychosociale.....</i>	<i>76</i>
2.1.2	<i>Les différentes thématiques</i>	<i>79</i>

2.1.3 Les différentes grilles d'items	82
2.1.4 Introduction et conclusion au questionnaire	86
2.2 LA DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE	87
2.2.1 Les moyens de diffusion.....	87
2.2.2 L'échantillonnage des professionnels	88
2.3 LES RESULTATS DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE.....	89
2.3.1 Les résultats quantitatifs	89
2.3.2 Les résultats qualitatifs.....	92
<i>Quelles sont, selon vous, les limites de l'accompagnement psychiatrique ou psychologique à la chirurgie de l'obésité aujourd'hui ?</i>	92
3 : DISCUSSION.....	101

Introduction

L'obésité concerne aujourd'hui la quasi-totalité de la planète puisqu'en 2019 selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), 39 % des adultes dans le monde étaient en surpoids et 13 % étaient en situation d'obésité. La France ne fait pas exception puisque la moitié des adultes sont en surpoids, 8 millions d'entre eux souffrent d'obésité dont 500 000 sous une forme sévère. De plus, il s'agit d'une pathologie en elle-même facteur de risque principal de nombreuses maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète de type 2, cancers...) ce qui en fait un enjeu de santé publique majeur. Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, rappelait en 2019 lors d'un communiqué de presse que cette pathologie représente 2,8 milliards d'euros en soins de ville et 3,7 milliards d'euros à l'hôpital. Son impact est majeur pour la collectivité, et marqué par de fortes inégalités sociales et territoriales.

La chirurgie bariatrique connaît, depuis les années 1950, un développement important dans le monde et est aujourd'hui, de plus en plus proposée comme un traitement des obésités sévères ($IMC > 40 \text{ kg/m}^2$) ou si un $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ s'accompagne de comorbidités. La France est le troisième pays dans le monde pour le nombre de gestes de chirurgie bariatrique réalisés après les États-Unis et le Brésil, avec 60 000 actes en 2018 contre 15 000, 10 ans auparavant.¹ Depuis le début de la pratique de cette chirurgie, on peut estimer le nombre d'actes réalisés compris entre 900 000 et 1 million.²

La chirurgie bariatrique représente actuellement l'approche la plus efficace pour réduire durablement et de façon massive l'excès pondéral. De plus, la chirurgie bariatrique permet également des rémissions de diabète de type 2³. Le surrisque cardiovasculaire, les facteurs de risque comme l'adiposité viscérale, l'inflammation, les dyslipidémies et l'hyperuricémie, sont également réduits de façon majeure par la perte de poids consécutive à la chirurgie bariatrique. Elle est donc l'une des solutions clés permettant de réduire de manière significative les risques de morbi-mortalité associés à ces sujets.

Cependant, l'évaluation de la chirurgie bariatrique sur le long terme (au-delà de 3 ans) est limitée et les données scientifiques sont insuffisantes sur de nombreux points. Outre les nombreux bénéfices que peut apporter cette prise en charge chirurgicale, il est important de ne pas perdre de vue les complications possibles⁴. Les principaux effets indésirables de la chirurgie bariatrique sont les troubles digestifs, les troubles nutritionnels et les troubles psychiatriques graves. En effet, le taux de mortalité par suicide serait proche de 0,3 % chez les patients opérés tandis que le risque de passage à l'acte auto-agressif et de tentative de suicide serait multiplié par quatre en post-opératoire.

Conformément à ces données, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis en 2009 des recommandations concernant la prise en charge chirurgicale des patients en état d'obésité où figure la nécessité d'une évaluation psychologique et psychiatrique préopératoire pour tous les patients candidats à la chirurgie bariatrique. Cette évaluation doit permettre d'éviter un certain nombre de complications en permettant d'identifier les contre-indications psychosociales de la chirurgie. Toutefois, les modalités pratiques de réalisation de ces recommandations sont mal définies en de nombreux points. Les ressources allouées à leurs mises en œuvre sont insuffisantes tant du point de vue financier que matériel, territorial, médical, paramédical... De ce fait, selon une étude de 2004 menée par l'Assurance Maladie, 16 % des malades n'auraient pas dû être opérés (mauvaises indications ou contre-indications non respectées). Par ailleurs, le lien entre la qualité de la prise en charge préopératoire et la qualité du suivi ultérieur a été parfaitement établi⁵.

Confrontée dès mon externat à la prise en charge de patient souffrant d'obésité, j'ai eu l'occasion d'être sensibilisée à la prise en charge bariatrique lors d'un stage en Endocrinologie. Dans les services de psychiatrie, du fait de l'impact métabolique bien connu des différentes thérapeutiques médicamenteuses de cette spécialité, je me suis rendue compte à quel point, la rencontre avec des patients en situation d'obésité allait être fréquente au cours de ma pratique professionnelle. Lors de mon stage au sein de l'Hôpital Louis Mourier à Colombes, j'ai décidé de m'y intéresser plus particulièrement dans le cadre de ma thèse afin de pouvoir développer des connaissances spécifiques à cette thématique. L'hôpital regroupe un Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) et un service de chirurgie digestive pratiquant la chirurgie bariatrique. Le recours en deuxième intention à un avis psychiatrique, après les avis

des psychologues du CSO m'a interpellé, n'ayant reçu que très peu de formation abordant les contre-indications à la chirurgie bariatrique dans le cadre des études de médecine.

La construction d'un auto-questionnaire anonyme de recueil des pratiques à destination des psychiatres et psychologues réalisant les évaluations psychosociales des patients candidats à la chirurgie de l'obésité a eu pour but de répondre à l'hypothèse d'une hétérogénéité des pratiques parmi les professionnels concernés. A ma connaissance, il n'y a pas eu de tel état des lieux des pratiques depuis les recommandations de la HAS de 2009.

La première partie abordera les données générales sur l'obésité puis les prises en charge possibles. Au sein de cette même partie, les enjeux de l'évaluation psycho-sociale préalable à la chirurgie bariatrique seront aussi abordés ainsi que les recommandations françaises et internationales sur le sujet. Une deuxième partie permettra de détailler la construction de l'auto-questionnaire et sa diffusion. Les résultats du questionnaire seront explicités puis discutés au sein d'une troisième partie.

1. L'obésité et sa prise en charge : revue de la littérature

1.1 L'obésité

1.1.1 Données générales

1.1.1.1 Définitions

L'OMS définit le surpoids et l'obésité comme une accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé. Une personne avec un indice de masse corporelle (IMC)¹ supérieur à 25 est considérée comme étant en surpoids, et un IMC supérieur à 30 comme étant obèse.

1.1.1.2 Données chiffrées

Aujourd'hui, l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) estime à 13 % le nombre de personnes obèses dans le monde et 39% le nombre d'adultes en surpoids. En France, l'obésité touche 17% de la population environ. Ces taux évoluent peu depuis une dizaine d'années. Cependant, entre 1975 et 2016, la prévalence des enfants et des adolescents en surpoids ou obèses âgés de 5 à 19 ans a plus que quadruplé, passant de 4 % à 18 % à l'échelle mondiale selon les chiffres estimés par l'OMS. Autrefois considérés comme un problème uniquement dans les pays à revenus élevés, le surpoids et l'obésité sont aujourd'hui en hausse spectaculaire dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires, en particulier en milieu urbain. Aujourd'hui, La grande majorité des enfants en surpoids ou obèses vivent dans les pays en développement, où le taux d'augmentation a été supérieur de plus de 30 % à celui des pays développés.

¹ L'IMC est calculé en divisant le poids par le carré de la taille, exprimé en kg/m².

1.1.1.3 Impact de l'obésité sur la morbi-mortalité

Aujourd'hui, l'obésité et le surpoids sont donc des sujets de préoccupation à l'échelle mondiale. La majeure partie de la population vit dans des pays où l'insuffisance pondérale est moins pourvoyeuse de décès que le surpoids et l'obésité. L'obésité est aujourd'hui reconnue comme une maladie chronique et comme la cinquième cause de mortalité par l'OMS. De plus, l'obésité et le surpoids sont des facteurs de risque majeurs pour un certain nombre de pathologies chroniques comme les maladies cardiovasculaires. C'est ce qui explique en partie que les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux soient les deux principales causes de décès dans le monde. L'obésité est également un facteur de risque reconnu pour le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les maladies rénales chroniques, le syndrome d'apnée du sommeil, l'arthrose et autres complications articulaires, le psoriasis... L'obésité est également associée à certains cancers, dont l'endomètre, le sein, l'ovaire, la prostate, le foie, la vésicule biliaire, le rein et le côlon. Le risque de ces pathologies augmente même lorsqu'une personne n'est que légèrement en surpoids et devient plus grave à mesure que l'indice de masse corporelle (IMC) augmente. Au total, on estimait en 2017 à plus de 4 millions le nombre de personnes dans le monde décédant chaque année des complications d'un surpoids ou d'une obésité. Il faut également souligner le retentissement psychologique et social de ces pathologies sur les populations à l'heure où le culte de la minceur demeure omniprésent.

1.1.1.4 Obésité et politique de santé

D'après l'OMS, les modifications des pratiques alimentaires et des pratiques physiques des populations sont souvent le résultat de changements environnementaux et sociétaux. Mais, l'absence de politique de soutien dans des secteurs tels que la santé, l'agriculture, les transports, l'urbanisme, l'environnement, la transformation des aliments, la distribution, la commercialisation et l'éducation etc... serait aussi en cause. En France, le Ministère de la Santé a lancé un plan Priorité Prévention en 2018, avec notamment l'ambition de réduire sur le territoire le fardeau du surpoids, de l'obésité et des maladies chroniques évitables comme le diabète de type 2. Les objectifs à atteindre d'ici 2023 sont notamment, chez l'adulte, de diminuer de 15 % l'obésité et de stabiliser le surpoids ; chez les enfants et adolescents, l'objectif est de diminuer de 20% le surpoids et l'obésité. Ce programme s'appuie notamment

sur les mesures du quatrième Plan National Nutrition santé (PNNS 2019-2023) qui émet des recommandations sur l'alimentation et sur la pratique d'une activité physique.

1.1.1.5 Etiologies de l'obésité

En dehors des rares cas d'obésité génétique², endocrinienne³ ou hypothalamique⁴, la cause fondamentale de l'obésité dite « commune » et du surpoids est un déséquilibre de la balance énergétique entre les calories consommées et les calories dépensées dans plus de 95% des cas. À l'échelle mondiale, il y a eu, d'une part, une consommation accrue d'aliments riches en énergie, en graisses et en sucres ; et, d'autre part, une augmentation de l'inactivité physique en raison de la nature de plus en plus sédentaire de nombreuses formes de travail, de l'évolution des modes de transport et de l'urbanisation croissante.

Selon l'Inserm, ce déséquilibre ne suffit pas à expliquer l'augmentation de l'obésité, ni "l'inégalité" des individus vis-à-vis de la prise de poids : certaines personnes prennent en effet plus de poids que d'autres, alors qu'elles ont les mêmes modes de vie.

Une prédisposition génétique à la prise de poids peut rendre compte de ces différences de susceptibilité individuelle. Un individu a deux à huit fois plus de risque d'être obèse si des membres de sa famille le sont eux-mêmes. Plusieurs équipes françaises, de l'Inserm et du CNRS (Centre National de Recherche Scientifique), ont identifié de nombreux gènes impliqués dans la prise de poids, l'obésité sévère et/ou les complications de l'obésité. A noter que, si chaque gène pris individuellement n'exerce qu'un faible rôle sur la masse et la composition corporelle, la contribution de ces gènes devient significative lorsqu'ils interagissent avec des facteurs externes tels que le déséquilibre énergétique.

Le rôle de l'environnement, au-delà de l'alimentation et de l'activité physique, semble largement aussi important. Le rythme circadien joue aussi un rôle. Il régule sur environ 24

² Les mutations des gènes de la voie leptine-mélanocortines, les mutations du gène MC4R (melanocortin 4 receptor), les obésités syndromiques comme le syndrome de Prader-Willi ou le syndrome de Bardet-Biedl.

³ L'hypercortisolisme (obésité du tronc et de la face) et l'hypothyroïdie (le gain de poids demeure assez faible en générale)

⁴ La sarcoïdose, les causes tumorales, les suites d'une chirurgie ou d'une radiothérapie.

heures les différentes fonctions de l'organisme et le métabolisme. L'insuffisance de sommeil, l'irrégularité des repas ou encore le travail nocturne perturbent cette horloge et augmentent le risque de surpoids. Mais le stress, certains médicaments, des virus, la composition du microbiote intestinal, l'exposition à des polluants sont vraisemblablement aussi des facteurs à incriminer. Des expositions et des événements précoces au cours de la vie ont aussi leur importance, y compris ceux qui surviennent avant la naissance, voire avant la gestation. Six facteurs de risque prénatal de l'obésité ont été identifiés : tabagisme maternel, diabète ou surpoids maternel, prise de poids excessive pendant la grossesse, déficit ou excès de croissance du fœtus, milieu socioéconomique défavorable. L'influence de l'alimentation maternelle sur la survenue de l'obésité est en cours d'évaluation.

1.1.1.6 Enjeux actuels des recherches scientifiques

Accéder à une meilleure compréhension des causes et des mécanismes biologiques conduisant à l'obésité est aujourd'hui un des plus grands enjeux de la recherche. Comme toutes les maladies chroniques, l'obésité devient en effet irréversible lorsqu'elle est installée : prévenir son développement est donc primordial si l'on veut enrayer l'épidémie mondiale. Voici quelques enjeux actuels de la recherche sur l'obésité et le surpoids énoncés par l'Inserm:

- Le recrutement et la maturation des adipocytes : l'obésité est une maladie des tissus adipeux constitués d'adipocytes. La masse du tissu adipeux peut s'accroître non seulement par l'augmentation du volume des adipocytes, mais aussi par l'augmentation du nombre d'adipocytes qui le compose. Des recherches en cours visent à étudier la capacité du tissu adipeux à recruter de nouveaux adipocytes sous l'influence de certains nutriments, d'agents infectieux ou de polluants, de facteurs nerveux ou hormonaux. Par ailleurs, les chercheurs entrevoient la possibilité, dans l'avenir, de modifier le tissu adipeux pour réduire le stockage des graisses. En effet, des progrès importants ont permis de distinguer différents adipocytes ayant des propriétés et des fonctions variables. L'identification des précurseurs de ces cellules est un premier pas, déjà réalisé, pour y parvenir.

- La composition du tissu adipeux : il a été découvert que les adipocytes ne constituent qu'un tiers des cellules qui composent les tissus adipeux. Or, la composition de ce tissu joue un rôle

important dans la progression de l'obésité et les complications associées. Une étude Inserm, réalisée chez la souris, a montré que c'est la composition du tissu adipeux plus que sa taille qui est prédictive du risque de complications liées à l'obésité. Chez l'Homme, de façon similaire, une des anomalies majeures du tissu adipeux associée à l'obésité est l'inflammation, un phénomène associé à un cortège de complications. De plus, l'inflammation conduit à de la fibrose du tissu qui constitue un facteur de résistance à la perte de poids.

- Le rôle régulateur du tissu adipeux : le tissu adipeux a un rôle dans la régulation du métabolisme et il impacte la santé via la sécrétion de différents éléments biologiques (ex : adipokines). Le tissu adipeux libère aussi dans la circulation des microARN qui modifient l'expression de gènes à distance, modulant ainsi le métabolisme. L'ensemble des protéines sécrétées lui permet de communiquer avec les autres organes : système nerveux central, foie, muscles, cœur, vaisseaux, intestins... Les mécanismes de contrôle de ce "sécrétome" et le dialogue à double sens entre le tissu adipeux et le reste de l'organisme font l'objet de nombreux travaux.

- Le rôle de l'épigénétique dans l'obésité : il s'agit de modifications chimiques de l'ADN, indépendamment du code génétique qui reste inchangé. Elles modifient l'expression des gènes et surviennent sous l'effet de facteurs internes et environnementaux. Certaines marques épigénétiques, parfois présentes dès la naissance, sont associées au risque d'obésité. En recherchant ces marques, à quels facteurs elles sont liées (exposition à certains facteurs in utero, hygiène de vie...), l'épigénétique ouvre un champ de médecine prédictive et préventive dans l'obésité.

- Le rôle du système nerveux central : les mécanismes qui conduisent le système nerveux central, en particulier l'hypothalamus, à ne plus être en mesure de freiner la prise alimentaire et d'augmenter la dépense énergétique face à un excès de masse grasse. Les neurosciences sont ici en première ligne.

- Le rôle des rythmes circadiens : perturbés (sommeil insuffisant ou à horaires non fixes, repas non réguliers ou pris tard dans la journée, travail de nuit...), ils seraient à l'origine d'un risque de surpoids et d'obésité accru en raison d'anomalies de l'immunité, du métabolisme, du

contrôle de l'appétit, de la régulation émotionnelle... Des travaux suggèrent en outre que la quantité et la qualité de l'alimentation peuvent en retour favoriser ou au contraire perturber le fonctionnement de cette horloge interne via des récepteurs nucléaires sensibles à certains nutriments, ou encore via le microbiote intestinal.

- Le rôle du microbiote intestinal : il a été mis en évidence que sa richesse, sa composition et ses fonctions peuvent être associées à une susceptibilité plus ou moins importante de développer des maladies métaboliques liées à l'obésité. L'importance de certaines bactéries spécifiques a également été montrée. Des relations entre microbiote et inflammation jouent notamment un rôle dans le développement des complications. Les liens avec les perturbations alimentaires sont clés dans ces domaines.

- Le rôle des facteurs culturels et sociaux : l'obésité étant une source d'inégalité sociale de santé, les sciences humaines et sociales sont sollicitées pour comprendre les déterminants sociétaux (économiques, comportementaux, sociaux, culturels) de cette maladie de la transition économique qui touche plus particulièrement les personnes en situation de vulnérabilité.

1.1.2 Hypothèses étiologiques du registre psychogène

Depuis les années 1930, nombreux ont été les auteurs à proposer des théories afin d'expliquer l'obésité par des caractéristiques psychologiques ou psychiatriques propres⁶. En voici quelques-unes.

1.1.2.1 Hypothèses analytiques

La théorie psychanalytique de *la fixation-régression au stade oral* illustre les comportements d'avidité affective, mais aussi de passivité et de dépendance, les tendances dichotomiques et manichéennes des personnes en demande d'amaigrissement. Selon Freud, la première relation mère-nourrisson se tisse par le biais de l'alimentation. L'enfant fait ainsi son apprentissage du plaisir, déplaisir, satisfaction et insatisfaction. Ferenczi introduit plus tard les notions d'incorporation et d'introjection de la mère par l'enfant. La personnalité de type oral donne une importance symbolique forte à la nourriture. Manger est un moyen

indirect de retrouver des sentiments anciens de sécurité et des liens avec le premier objet d'amour, la mère.

Pour l'école psychosomatique française de Marty, M'Uzan et David, en 1963, les sujets présentant des troubles du comportement alimentaire et les sujets obèses sont pourvus d'une pensée opératoire et dépourvus d'*insight*, incapables de vie fantasmatique et symbolique, privilégiant ainsi le concret. Ils introduisent le concept « *d'obésité de caractère* ». Elle traduirait l'incapacité à verbaliser et mentaliser les conflits.

1.1.2.2 Hypothèses comportementalistes

Bruch développe la *théorie de la confusion des affects*. Elle attribue l'origine des troubles du comportement alimentaire des obèses à une mauvaise reconnaissance des émotions installées au cours de la prime enfance par une mère « gavante ». La capacité de reconnaissance du besoin physiologique de manger n'est pas innée, mais acquise au cours des premiers mois par apprentissage, lors des interactions mère-bébé. Si la mère répond de façon systématique aux signaux de l'enfant par de la nourriture, il développe un conditionnement émotionnel dysfonctionnel. Bruch nomme ce trouble « obésité de développement » et le différencie de l'obésité réactionnelle par hyperphagie compensatrice, secondaire à un traumatisme. En parallèle, deux chercheurs américains, Schachter et Rodin, élaborent la *théorie de l'externalité* selon laquelle le comportement alimentaire de certains sujets obèses ne serait pas régulé par des stimuli internes de faim et de rassasiement, mais par des stimuli externes. La vue, l'odorat, la disponibilité des aliments suffisent à déclencher la prise alimentaire. Ces personnes, hypersensibles aux stimuli externes, deviendraient sur consommatrices lorsqu'elles se trouveraient placées dans un environnement riche en signaux alimentaires appétants.

1.1.2.3 Hypothèses cognitives

Après la remise en cause de l'origine psychogène de l'obésité, on en est venu à considérer les troubles psychopathologiques observés chez les personnes en surpoids comme dus à leurs efforts d'amaigrissement. Herman et Polivy (1970) considèrent que la pratique des régimes amaigrissants induit *un état de restriction cognitive*. Il s'agit d'une façon de s'alimenter gouvernée par des croyances concernant les conséquences pondérales des choix

et des modalités alimentaires et non plus par des critères internes de faim et de rassasiement. La restriction entraîne alors progressivement un sentiment de frustration. Du fait de facteurs de stress, d'émotions négatives ou d'ingestion d'alcool par exemple, le contrôle ne peut s'exercer de manière continue. Alors, la tentation se développe, le risque de craquage se fait sentir et augmente jusqu'à ce qu'il finisse par arriver et que les compulsions apparaissent. Ainsi, se met en place une alternance entre contrôle et perte de contrôle à l'origine d'une reprise pondérale parfois plus importante qu'à l'état initial...

1.1.2.4 Hypothèses neurobiologiques

Les neurosciences se sont, de même, intéressées aux causes multifactorielles de l'obésité et du surpoids⁷. De nombreux travaux ont permis de mettre en avant des réseaux de neurones impliquant des neuromédiateurs que nous connaissons par ailleurs dans le domaine des troubles psychiatriques et des addictions, tels que la dopamine, les opioïdes, le GABA. En effet, certains ont observé une diminution significative du taux des récepteurs dopaminergiques D₂ chez le sujet obèse^{8,9}. Selon le « Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépatogastroentérologie », pour certains l'hyperphagie du sujet obèse est un comportement visant à compenser un faible taux dopaminergique de base, tel qu'on peut le voir dans le domaine de l'addiction¹⁰. La théorie concurrente suggère que la recherche de récompense entraînerait chez certains sujets une hyperphagie. Celle-ci pourrait alors, par hyperstimulation, inhiber secondairement le système dopaminergique mésolimbique. Puis, comme c'est le cas dans l'addiction, le comportement deviendrait irrésistible, alors même que la récompense (la décharge dopaminergique) diminuerait¹¹. En d'autres termes, la surconsommation alimentaire chronique induirait une anhédonie secondaire et non plus primaire comme c'est le cas pour la première théorie.

Par ailleurs, certains sujets obèses de sexe féminin portent une variation génétique du récepteur dopaminergique D₂, causant une diminution de la sensibilité à la récompense¹². Les études ont montré que dans divers groupes de sujet, l'allèle A₁ serait associé à l'alcoolisme, l'abus de drogue, le tabagisme, l'obésité, le jeu compulsif et différents traits de personnalité.¹³ Ces sujets seraient susceptibles d'être atteints du « syndrome d'insuffisance de récompense ». Ils seraient alors incapables de prendre du plaisir dans les activités quotidiennes¹⁴. La conséquence directe de ce type de syndrome est que les sujets se

retrouvent alors en danger d'abus des récompenses artificielles, chimiques ou alimentaires. Ce polymorphisme du récepteur D₂ semble être un facteur de risque d'obésité.¹⁵

L'imagerie cérébrale confirme les similitudes entre addiction et obésité : on retrouve chez les individus obèses une diminution des récepteurs D₂ du striatum, tout comme chez les sujets toxicomanes. Des anomalies du cortex préfrontal sont également retrouvées en imagerie cérébrale : le cortex préfrontal pourrait donc être impliqué dans la conduite addictive, que ce soit la prise alimentaire ou la prise de drogue.¹⁶

1.1.3 Le rôle des troubles psychopathologiques

1.1.3.1 Troubles du comportement alimentaire et psychotraumatismes

Le Docteur Salmona définit le psychotraumatisme comme l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques se développant chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique.¹⁷

En 2016, Hillis a démontré que le stress post-traumatique pouvait « nuire à l'architecture du cerveau, au statut immunitaire, aux systèmes métaboliques et aux réponses inflammatoires ». Le stress post-traumatique peut également être à l'origine de dysfonctionnement des circuits émotionnels et de la mémoire, responsable de troubles dissociatifs et de phénomènes de reviviscences qui, faute de soins, s'installent dans la durée.

Pour faire face, les victimes traumatisées peuvent mettre en place des stratégies de conduites d'évitement ou de contrôle. Ces stratégies adaptatives défailtantes peuvent donc prendre la forme de troubles des conduites alimentaires et notamment d'accès hyperphagiques¹⁸. Il est maintenant bien établi que les conduites hyperphagiques sont fortement associées au risque d'obésité^{19,20,21}. Salmona explique que la prise de poids aura alors fonction de transformer le corps pour qu'il ne puisse plus rappeler le corps ayant subi les violences sexuelles, qu'il ne soit pas « désirable » par effacement des caractères sexuels secondaires, et qu'il puisse être plus difficile à attraper, à soulever ou à immobiliser. Les victimes traumatisées peuvent aussi avoir recours à des conduites « dissociantes ». En permettant un retour à des niveaux inférieurs de cognition et de conscience de soi, la

dissociation pourrait permettre une mise à distance des émotions négatives chez les patients souffrant d'obésité. Elle pourrait aussi être un facteur de suppression des inhibitions de la prise alimentaire et à l'origine de conduites hyperphagiques²².

Les associations entre les troubles psychotraumatiques ou les violences (psychiques, physiques ou sexuelles) avec les troubles du comportement alimentaire ainsi qu'avec l'obésité sont aujourd'hui soutenues par de nombreuses études^{23,24} et méta-analyses^{25, 26}.

1.1.3.2 Troubles de la gestion émotionnelle

Très tôt, les cliniciens ont repéré chez les patients souffrant de troubles alimentaires des difficultés à exprimer leurs émotions. Plusieurs études ont démontré l'association entre l'alexithymie et des caractéristiques psychologiques liées aux difficultés de régulation des états émotionnels^{27,28}. Les patients avec ce type de symptomatologie tentent alors de mettre en place des stratégies adaptatives. Par exemple, la mise en place d'une alimentation émotionnelle répondant aux émotions ressenties et non aux besoins physiologiques permet aux patients de réduire ou d'atténuer des émotions négatives qui les font souffrir. En effet, des études ont démontré que ce comportement apporte un soulagement émotionnel à court terme, voire une anesthésie affective^{29,30}. Cette perspective permet de développer l'idée d'un spectre des troubles des conduites alimentaires allant du TCA le plus mineur au *Binge Eating Disorder* (BED) le plus majeur, avec, comme point central, le déficit de la gestion émotionnelle. C'est ce que vient appuyer Leehr en 2015 : la régulation émotionnelle apparaît souvent dans les facteurs impliqués dans l'étiologie et le maintien de l'hyperphagie alimentaire et de l'obésité³¹. Cliniquement, des liens sont clairement établis entre le vécu de stress, les troubles de la régulation émotionnelle, l'impulsivité-compulsivité et l'apparition de conduites hyperphagiques. La corrélation entre ces phénomènes et l'altération de fonctions cérébrales n'a cependant pas été encore établie³².

1.1.3.3 Troubles de la personnalité

En ce qui concerne la potentielle association de l'obésité avec des éléments de personnalité pathologiques, la littérature nous donne des résultats divergents. Les traits de caractère prégénitaux rencontrés chez les obèses peuvent s'apparenter à ce que certains qualifient d'organisation limite de la personnalité (Bergeret, 1972). Apfeldorfer (1991)

propose, lui aussi, un aménagement de type état limite de certains patients obèses pour lesquels manger est un passage à l'acte. En effet, selon lui, certains sujets sont incapables de mentaliser certains événements générateurs d'angoisse, d'agressivité... Ils ont alors une prise alimentaire sous forme impulsive avec une connotation auto-agressive, qui permet de court-circuiter la vie mentale et de décharger les affects non reconnus. Dans l'hyperphagie, on retrouve aussi souvent un perfectionnisme excessif, voire des personnalités évitantes ou obsessionnelles-compulsives.

1.1.3.4 Troubles du sommeil

Les troubles chroniques du sommeil impactent diverses fonctions du corps humain et sont associés à une élévation de l'IMC^{33,34}. Une des hypothèses pour expliquer cette association est l'altération nocturne de la fonction respiratoire via les apnées du sommeil par exemple³⁵. Une autre hypothèse explicative est l'altération des systèmes de régulation hormonale de la faim (leptine et ghréline principalement) en cas de restriction de sommeil prolongée³⁶. Cette altération est à l'origine d'une augmentation d'appétit qui prédispose, de ce fait, à un gain de poids.³⁷ Une étude retrouvait, par exemple, qu'une réduction du sommeil à quatre heures par nuit pendant plus de deux jours est à l'origine d'une augmentation de 18 % des taux de leptine et de 28 % de ceux de ghréline, augmentant respectivement de manière significative l'appétit et les sensations de faim³⁸. Par ailleurs, les perturbations du sommeil peuvent aussi être la source de difficultés à la gestion émotionnelle : fluctuations de l'humeur, irritabilité, anxiété, diminution de l'empathie, sentiment de frustration, mauvaise estime de soi, impulsivité...³⁹ De plus, le fonctionnement cognitif est lui aussi soumis à la qualité du sommeil⁴⁰. Des altérations chroniques pourront être à l'origine de diminution des capacités de concentration, de prise de décision, de communication, de mémoire, de la créativité, des aptitudes motrices... Il est nécessaire de rappeler également que les troubles du sommeil sont des facteurs de risque de décompensation ou de déclenchement de trouble psychiatrique : épisode maniaque, épisode dépressif, trouble psychotique...⁴¹ Des troubles du sommeil chroniques et sévères peuvent affaiblir le système immunitaire⁴² et majorer le risque de développer des états inflammatoires chroniques, des pathologies cancéreuses, des maladies cardiovasculaires, des hypertension artérielles, des diabètes de type 2... Enfin, une étude met en évidence l'impact des conduits hyperphagiques sur le rythme veille/sommeil par une augmentation de l'activité du système de l'orexine. Les altérations du sommeil peuvent,

réciroquement, exacerber les symptômes de boulimie et d'hyperphagie, alimentant le cercle vicieux d'une alimentation anarchique. ⁴³

1.1.3.5 Troubles anxieux

Entre anxiété et obésité, les mécanismes sont encore peu clairs mais une des pistes probables est le rôle anxiolytique de la nourriture : l'angoisse peut se manifester comme une « faim psychologique ou émotionnelle » et déclencher des grignotages⁴⁴. Une autre étiologie est que les situations de stress entraînent sur le long terme des altérations des circuits de la récompense et des systèmes de régulation énergétique et émotionnelle, augmentant l'appétit et l'envie de manger⁴⁵. De plus, les angoisses altèreraient également la perception de la valeur nutritive des aliments et induiraient une recherche d'aliments gras et sucrés pour se reconforter⁴⁶.

1.1.3.6 Troubles psychiatriques

Outre les troubles évoqués précédemment, certaines maladies psychiatriques contribuent elles-mêmes à la prise de poids⁴⁷.

D'un côté, par le biais d'une symptomatologie propre à l'origine d'un déséquilibre de la balance énergétique comme par exemple :

- l'hyperphagie, les grignotages et les compulsions alimentaires dans les troubles du comportement alimentaire
- les troubles du sommeil, l'asthénie, la clinophilie, le ralentissement psychomoteur, l'aboulie, la désinhibition dans les troubles de l'humeur
- l'apragmatisme, le repli sur soi, la désorganisation psychique et comportementale et l'incurie dans les troubles psychotiques.

De l'autre côté, par leurs conséquences telles que la sédentarité, les addictions, le désinvestissement de soi et de son image.

Par ailleurs, on retrouve des mécanismes tant biochimiques que psychologiques communs à la dépression et l'obésité comme peut l'illustrer cette figure :

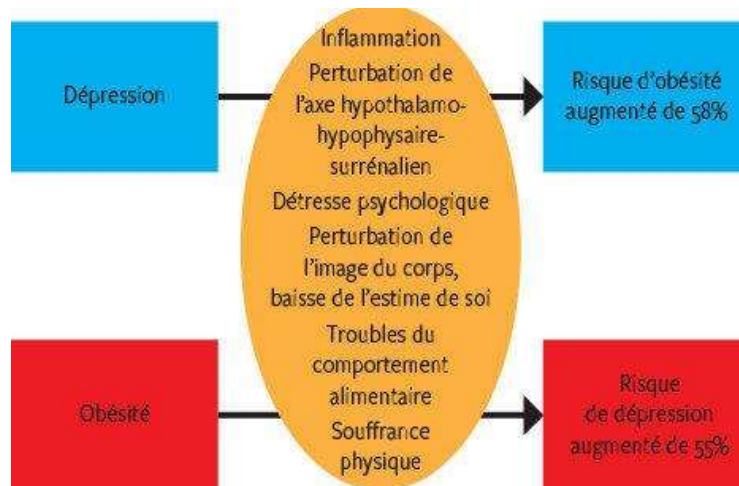


Figure 1: mécanismes biochimiques et physiologiques communs entre dépression et obésité

Sources : Locatelli L., Boulanouar L., Pataky Z., Golay A. *Quand le poids influence la santé mentale... et réciproquement.* 2017

1.1.3.7 Les psychotropes ⁴⁸

Enfin, nous ne pouvons omettre le rôle des traitements psychotropes. Les antipsychotiques induisent un gain pondéral variable selon le médicament utilisé⁴⁹. Une étude a pu montrer qu'après 10 semaines de traitement, la clozapine augmente le poids de 4,4 kg, l'olanzapine de 4,15 kg, la risperidone de 2,10 kg et la quétiapine de 3 kg. La prise pondérale sous aripiprazole était la plus modeste⁵⁰. Une autre étude a pu démontrer un développement significatif de la graisse abdominale et l'apparition d'une hyperphagie chez des patients nouvellement traités par olanzapine et risperidone.⁵¹

Dans la majorité des cas, la prise de poids sous psychotropes est associée à une augmentation de l'appétit. Les psychotropes agissent sur différents neurotransmetteurs en perturbant des mécanismes neuroendocriniens régulant de façon complexe l'appétit.

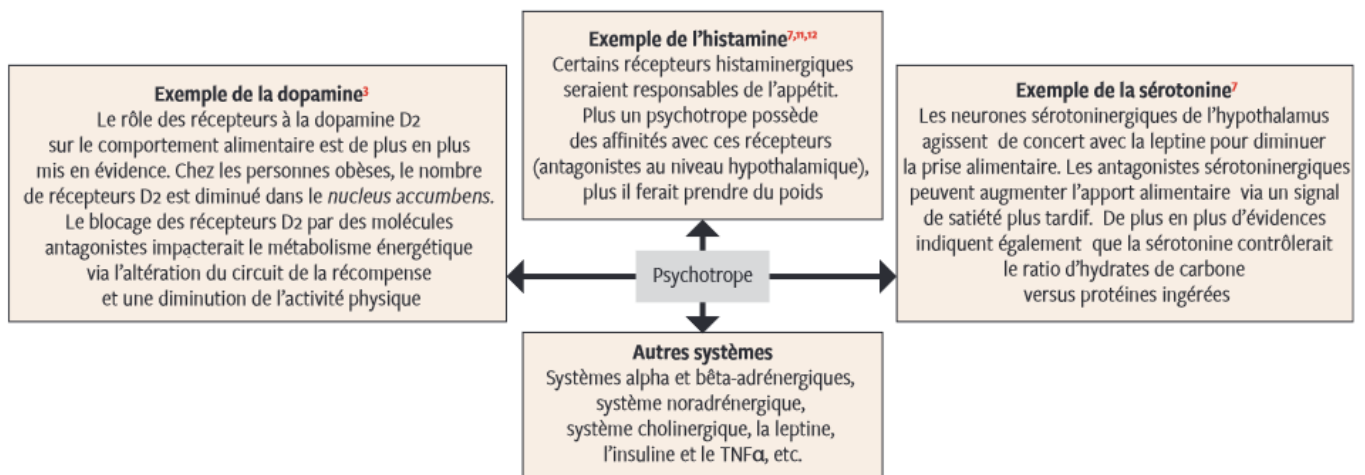


Figure 2: mécanismes pharmacologiques pouvant influencer la prise de poids

Sources : Locatelli L., Golay, A. *Psychotropes et poids*. 2018.

Sur le plan génétique, des différences dans les cytochromes P450 ou les protéines de transport peuvent faire varier la pharmacocinétique d'un psychotrope d'un patient à l'autre⁵². La posologie et la durée du traitement peuvent également jouer un rôle. La réponse clinique, le genre, le tabagisme, l'indice de masse corporel initial sont d'autres facteurs influençant l'évolution du poids. Il est malheureusement difficile d'établir un profil de patient à risque. L'influence d'un psychotrope sur le poids peut être également en lien avec ses effets thérapeutiques, comme la sédation. Les dépenses énergétiques diminuées entraînent alors une prise de poids. Pour finir, certains patients évoquent une prise de poids malgré une perte d'appétit, ce qui laisserait penser que les psychotropes diminueraient également le métabolisme de base.

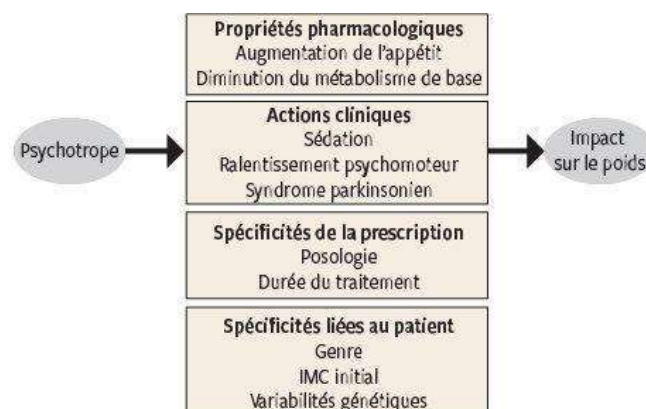


Figure 3: Mécanismes étiologiques d'une prise de poids lors d'un traitement par psychotrope

Sources : Locatelli L., Golay, A. *Psychotropes et poids*. 2018.

1.1.4. L'impact social et sociétal

L'obésité est une maladie invalidante, dont les particularités neurobiologiques, comportementales, génétiques et émotionnelles restent à explorer. Quel que soit le modèle physiologique ou psychopathologique considéré, l'obésité est un facteur de perturbation de l'image du corps. Il a été mis en évidence que plus l'obésité est précoce et plus l'insatisfaction corporelle perdurera après la perte de poids⁵³. Des études ont aussi pu montrer l'importance de la composante ethnique dans le trouble de l'image du corps : la femme noire en surpoids semble moins insatisfaite de son corps que la femme caucasienne⁵⁴. L'image du corps semble s'améliorer spontanément avec la perte de poids, mais pas seulement. Elle s'améliore, comme la mauvaise estime de soi, grâce à l'investissement d'une thérapie cognitive et comportementale (particulièrement de dernières vagues) et ce, indépendamment de toute perte de poids.

Outre un facteur d'insatisfaction corporelle à l'échelle personnelle, l'obésité est un facteur de stigmatisation à l'échelle sociétale⁵⁵. Un néologisme est apparu pour décrire cette tendance : la grossophobie. Stunkard décrit deux aspects de stigmatisation de l'obésité, l'un lié à l'apparence physique et l'autre au caractère supposé du sujet obèse. Une étude a pu montrer que dès l'âge de trois ans, les enfants manifestent clairement des comportements de stigmatisation à l'égard des sujets en surpoids, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants⁵⁶. Les enfants de six ans décrivent les sujets obèses comme stupides, paresseux, sales, menteurs et tricheurs, et les adultes comme incompetents et émotionnellement instables⁵⁷. Selon Jean-Pierre Poulain, sociologue, cette stigmatisation serait apparue en France au début des années 2000 mais était déjà présente aux États-Unis à la fin des années 1960. Elle semble être fortement liée au culte actuel de la minceur et au discours médical. Les attitudes négatives à l'égard des sujets obèses sont également largement représentées au sein du corps médical.⁵⁸ De nombreuses études valident le processus de stigmatisation de la part du personnel médical et paramédical au sein des institutions de santé ou encore chez les étudiants en médecine⁵⁹. 78 % des sujets obèses morbides évalués en préopératoire rapportent avoir été toujours ou le plus souvent maltraités par les professionnels de santé⁶⁰.

De nombreux auteurs ont envisagé l'impact social de la stigmatisation en montrant comment un certain nombre d'attitudes négatives à l'égard des sujets obèses peuvent se transformer en véritables discriminations. Des liens statistiquement significatifs ont été démontrés entre l'obésité et l'accès à l'enseignement supérieur⁶¹, l'emploi⁶², le niveau de revenus⁶³ et la promotion professionnelle⁶⁴. Les personnes obèses font généralement une scolarité plus courte, elles ont moins de chance d'être admises dans des grandes écoles et d'exercer des professions convoitées. À qualification égale, le sujet obèse est moins représenté dans les postes de direction et moins bien payé s'il y accède.⁶⁵ Les jeunes femmes obèses ont un revenu significativement plus bas que celles qui ne le sont pas ou ont d'autres pathologies chroniques⁶⁶. L'obésité constitue donc un facteur de discrimination professionnelle. Cette discrimination concerne surtout les postes liés à la communication ou en relation avec une clientèle.

Insatisfaction corporelle, stigmatisation et discriminations semblent donc être des facettes omniprésentes de l'obésité, en constantes interactions et peuvent avoir des conséquences psychopathologiques et psychosociales majeures. Insatisfaction corporelle, stigmatisation et discrimination, de manière indépendante, ne peuvent engendrer un surpoids et/ou une obésité mais pourraient majorer le risque en parasitant le rapport à l'alimentation. Ainsi, les conséquences sociales et sociétales pourraient donc avoir un rôle renforçateur des troubles psychiques à l'origine de l'obésité. C'est ce que souligne Pierre Thomas, Professeur Universitaire et responsable du pôle de Psychiatrie du CHRU de Lille, qui écrivait en 2012, que la stigmatisation liée à l'obésité est majorée par la stigmatisation liée aux troubles psychiatriques et cela, à tous les âges de la vie. Pourtant, rappelons que l'association entre obésité et troubles psychiatriques a longtemps été controversée. En effet, notons que dès le commencement de la préparation du DSM-V, plusieurs psychiatres ont plaidé pour que l'obésité figure parmi les troubles des conduites alimentaires, comme un trouble psychiatrique à part entière. A l'instar de l'anorexie et de la boulimie, la rigidité des comportements et des défenses psychiques suggère que l'obésité est non seulement un trouble métabolique mais aussi un trouble psychique.

En conclusion, quel que soit le modèle étiologique privilégié, nous retiendrons pour ce travail, la nécessité de prendre en compte que l'obésité est d'origine multifactorielle et qu'agir sur un seul aspect étiologique ne saurait être qu'une vaine lutte contre la réduction pondérale.

1.2 Les prises en charge de l'obésité

Face à une entité clinique si hétérogène, il est impératif de prévoir un accompagnement global et personnalisé des patients souffrant d'obésité, en tenant compte des complications médico-psycho-sociales associées. La réussite de la prise en charge, qui se veut en conséquence pluridisciplinaire, passe par une parfaite coordination des professionnels. Un patient en excès de poids nécessite au minimum une éducation diététique, des conseils d'activité physique, une approche psychologique et un suivi médical selon les recommandations de l'HAS de 2011. Le médecin généraliste peut assurer dans bon nombre de cas cette prise en charge mais il est nécessaire qu'elle soit également portée par tous les intervenants.

Dans un souci de clarté, il a été fait le choix de présenter les spécialistes pouvant intervenir dans la prise en charge de l'obésité les uns après les autres. Le regroupement effectué est tout à fait arbitraire, et l'ordre d'apparition des professionnels n'est en aucun cas le reflet de leur importance et/ou de leur ordre d'intervention dans la prise en charge du patient. Dans la réalité, les professionnels rencontrés par les patients ont souvent une double qualification : diététicien-nutritionniste formé à l'entretien motivationnel, endocrinologue-nutritionniste, psychothérapeute pouvant être psychologue ou psychiatre...Et une fois de plus, la bonne coordination de ces spécialistes est un facteur clé pour la réussite de la prise en charge.

1.2.1 Les prises en charge médico-diététiques

1.2.1.1 Le Médecin traitant

Le Médecin généraliste, selon les recommandations de l'HAS de 2011, a un rôle important dans la prise en charge de l'obésité puisqu'il est le premier acteur de santé en contact avec le patient. C'est donc lui qui assure, en première ligne, le dépistage de l'obésité

et qui doit à chaque consultation, mesurer et suivre l'évolution de l'IMC. Il se doit, par ailleurs, dans le cadre de la prévention, de fournir au patient des conseils concernant le sommeil, l'activité physique quotidienne⁵, l'alimentation⁶, le risque de reprise pondérale à la suite d'un régime. Dans la plupart des cas, il peut également assurer le suivi médical et l'approche psychologique du trouble. Enfin, en cas d'échec de ces premières mesures (après 6 mois minimum de suivi selon l'HAS, ou avant si le patient présente des critères pour une prise en charge chirurgicale) le médecin généraliste pourra être amené à orienter le patient vers les professionnels compétents et à assurer la coordination de la prise en charge.

Le Médecin généraliste tient donc un rôle essentiel, en tant qu'acteur de santé de premier recours (parfois le seul pour certains patients) et la relation thérapeutique qu'il instaure avec le patient est primordiale et doit être au cœur de la prise en charge. On peut s'interroger sur la possibilité d'appliquer cette recommandation, quand on compare la densité médicale de certaines régions au nombre de patients souffrant d'obésité.

1.2.1.2 L'Endocrinologue

Certaines maladies assorties de troubles hormonaux, surrénaliens, thyroïdiens, hypophysaires peuvent entraîner une obésité dite secondaire et doivent donc être résolues et traitées en première intention. Une prise en charge spécialisée, la plus précoce possible, s'avère alors nécessaire. En tant que spécialiste du métabolisme, l'Endocrinologue peut alors être un acteur à part entière de la prise en charge des patients en situation d'obésité ou de surpoids, notamment dans le cadre du suivi des comorbidités comme le diabète. Après la chirurgie bariatrique, il assure également un suivi permettant notamment de supplémer les fréquentes carences vitaminiques, consécutives à la perte de poids.

1.2.1.3 Le Médecin Nutritionniste

Le Médecin Nutritionniste est spécialisé dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des troubles liés à la nutrition : diabète, obésité, boulimie, anorexie mentale, troubles cardio-vasculaires et endocriniens. Aujourd'hui, pour être Médecin Nutritionniste il faut suivre

⁵ voir Annexe 1 : la fiche de conseils pour l'activité physique émise par l'HAS en 2011

⁶ voir Annexe 2 : la fiche de conseils pour l'alimentation émise par l'HAS en 2011

une Formation Transversale Supplémentaire de douze mois (en plus de l'internat de spécialité : Anesthésie-Réanimation, Biologie, Endocrinologie, Chirurgie viscérale et digestive, Hépatologie-Gastroentérologie, Gériatrie, Médecine intensive-Réanimation, Maladies infectieuses et tropicales, Médecine interne et Immunologie Clinique, Médecine vasculaire, Pédiatrie ou Psychiatrie). En tant que spécialiste du métabolisme, il met son expertise au service du patient pour l'aider à atteindre ses objectifs de stabilisation ou réduction pondérale. Son rôle est double, sa prise en charge visant d'une part à diminuer la ration énergétique des prises alimentaires (d'un point de vue qualitatif ou quantitatif) et d'autre part à encourager la reprise d'une activité physique adaptée, et ce afin de retrouver un équilibre de la balance énergétique globale. En outre, il doit dépister et prendre en charge les carences et la dénutrition associées au comportement alimentaire.

1.2.1.4 Le Diététicien

Le Diététicien est un professionnel de la nutrition dont le diplôme est validé après deux années d'études post-baccalauréat. Cependant, il n'est pas reconnu comme professionnel de santé en France car plusieurs formations non liées à l'éducation nationale permettent l'obtention de ce titre ; tout comme les titres de « coach en nutrition », « conseiller en nutrition », etc. Ces professions ne sont pas encadrées et de ce fait, la consultation n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie et n'est soumise au remboursement que de certaines complémentaires de santé. En dehors de ces considérations, le travail proposé par le diététicien consiste dans un premier temps à effectuer un bilan alimentaire afin de proposer un régime équilibré au patient. Il aide ensuite à identifier et corriger les habitudes inappropriées en termes d'alimentation. Consultation après consultation, il évalue les modifications des pratiques et des représentations alimentaires du patient, soutient sa motivation et continue son travail d'éducation nutritionnelle. Il est important qu'il puisse, en parallèle, encourager l'activité physique essentielle à l'atteinte de l'objectif d'équilibre de la balance énergétique globale

1.2.2 Les prises en charge psychopathologiques

1.2.2.1 Le Psychiatre

A l'intersection entre les prises en charge médicales et psychologiques, le Psychiatre est surtout amené à suivre les patients obèses lorsqu'ils présentent une comorbidité psychiatrique telle qu'un trouble de l'humeur, un trouble du spectre de la schizophrénie, un trouble anxieux, un trouble du comportement alimentaire ou des troubles du sommeil. Il peut prescrire en cas de besoin un traitement médicamenteux adapté. A noter que sa patientèle est particulièrement sujette au surpoids et à l'obésité pour les raisons précédemment décrites. Dans le cadre de la chirurgie de l'obésité, il peut être amené à voir des patients candidats afin d'éliminer toute contre-indication psychosociale à la prise en charge chirurgicale. Formé à aux psychothérapies, il pourra également proposer un suivi psychothérapeutique au même titre que tout psychothérapeute dont les principales approches sont détaillées ci-après.

1.2.2.2 Le Psychologue

Certaines personnes obèses désireuses d'identifier les sources de leur problématique choisissent d'entamer un travail d'approche analytique. L'objectif visé ne sera pas principalement le soulagement des symptômes, mais la disparition d'une souffrance psychique plus globale grâce à l'identification de ses origines. Travail de plusieurs années, cette approche demande de la volonté et une véritable motivation de la part de la personne qui s'engage dans cette voie.

Dans le cas de la prise en charge de l'obésité, les psychologues utilisent plus souvent des Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) issues de la troisième vague, c'est-à-dire centrées sur les émotions. Le patient et le thérapeute identifient ensemble les difficultés de la réalité quotidienne du patient et définissent l'objectif thérapeutique à atteindre. Les difficultés sont abordées sous l'angle des pensées et comportements dysfonctionnels. Ils mettent également en évidence les croyances, schémas et habitudes plus ou moins rigidifiés qu'il convient d'assouplir pour favoriser une meilleure adaptation du patient à sa situation actuelle. Cette approche vise également la reconnaissance des émotions et sensations qui peuvent parfois s'avérer déstabilisantes ou extrêmes. Des stratégies de changement et

l'apprentissage de nouvelles compétences sont proposées et expérimentées au cours de tâches à domicile qui complètent le travail réalisé en séance. Le thérapeute analyse par exemple, avec le patient, son rapport à la nourriture et peut avoir recours - pour tenter de comprendre la prise de poids - à certains outils thérapeutiques tel que le "carnet alimentaire" dans lequel le patient consigne ses prises alimentaires ainsi que les émotions et les pensées qui y sont associées. Des études récentes suggèrent que la mise en place d'une TCC serait moins efficace à un an post-opération que si elle est mise en place, précocément, après la chirurgie⁶⁷.

Les TCC sont souvent associées à la pratique de la Pleine Conscience. Le travail de la Pleine Conscience dans le surpoids, l'obésité et les troubles du comportement alimentaire peut également se montrer intéressant car il va permettre d'apaiser l'anxiété, de diminuer les ruminations, l'évitement expérientiel, l'impulsivité, les métacognitions... La méditation de Pleine Conscience entraîne notre capacité d'attention et de discernement à ce qui est présent dans l'instant (nos pensées, nos émotions, nos sensations physiques, mais également l'environnement et les relations) en y intégrant une dimension d'éthique et de bienveillance. Citons par exemple la thérapie d'acceptation et d'engagement. Par des exercices pratiques, elle pourra, par exemple, aider à développer la pleine conscience durant les prises alimentaires. Ces approches, plus récentes, sont encore en cours d'évaluation. A noter que même si le retour des thérapeutes et des patients s'avère positif, des études visant à valider l'efficacité de la Pleine Conscience et de l'approche d'acceptation et d'engagement sont toujours en cours.

De manière plus générale et quelle que soit son orientation, le psychologue pourra, en plus d'un travail de soutien et d'accompagnement initial, travailler les dimensions psychopathologiques déjà évoquées précédemment à l'œuvre dans l'obésité comme le psycho-traumatisme, la reconnaissance et la gestion de ses émotions, l'estime de lui-même, l'affirmation de soi... C'est un temps privilégié de dépistage et de prévention des maladies mentales. C'est également un temps choisi pour informer le patient des éléments de vulnérabilité psychique en lien avec l'obésité et la chirurgie bariatrique, de l'intérêt de mettre en place un suivi et de l'orienter si besoin. Pour le patient accompagné dans le cadre d'une chirurgie bariatrique, il s'agit parfois de la première rencontre avec un professionnel de la

santé mentale et l'occasion de parler de lui librement dans un lieu où la parole est entendue sans jugement et avec bienveillance.

1.2.2.3 Le Psychomotricien

Le psychomotricien peut permettre de mieux appréhender le corps et son image passée, présente et future. De ce fait, son expertise peut être particulièrement pertinente dans le cadre d'un accompagnement à la chirurgie bariatrique. L'amaigrissement est rapide après l'intervention (environ 30 kg en 2 ans), mais l'image corporelle évoluant beaucoup plus doucement, la psychomotricité peut être une aide précieuse. Au travers du cadre thérapeutique, des médiations et des expériences corporelles qu'elle propose, elle va permettre progressivement une réappropriation corporelle, une réconciliation avec les sensations physiques mais aussi une amélioration de la confiance et une revalorisation de l'image de soi, que ce soit dans le cadre de la chirurgie bariatrique ou d'ailleurs, dans celui plus global de l'obésité. Elle rend également possible un accueil des sensations et des émotions en facilitant une élaboration psychique d'ordre représentationnel.

1.2.3 Les autres prises en charge corporelles

L'activité physique quotidienne doit être présentée par l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge comme un élément indispensable (au même titre que le sommeil ou l'hygiène corporelle) à l'atteinte des objectifs. En effet, la masse musculaire conditionne le métabolisme de base au repos. Les patients doivent être encouragés par un réel travail motivationnel à effectuer selon la HAS, au moins 2 h 30 par semaine d'activité physique d'intensité modérée. Pour un bénéfice supplémentaire, il est recommandé d'augmenter la durée de l'activité physique à 5h d'activité modérée (ou 2h30 d'activité soutenue ou une combinaison équivalente d'activité modérée et soutenue⁷). Cependant, avant d'atteindre une telle pratique, il est souvent conseillé aux patients d'être accompagnés par des spécialistes qui vont pouvoir adapter les efforts et exercices aux possibilités du patient puis progressivement améliorer les compétences physiques par l'entraînement.

1.2.3.1 L'enseignant en activité physique et adaptée

⁷ voir Annexe 1 : la fiche de conseils pour l'activité physique émise par l'HAS en 2011

L'enseignant en activité physique et adaptée va pouvoir mettre en place, par exemple, un programme adapté au niveau sportif (et non à l'IMC !). En prenant en compte les dimensions multifactorielles de l'obésité, il va pouvoir adapter la conception des séances et des cycles de séances. La plus grande limite à l'initiation d'une activité physique étant le manque de confiance en soi, nourri par les expériences passées, il va pouvoir être garant d'une reprise d'une activité limitant la confrontation au sentiment d'échec.

1.2.3.2 Le kinésithérapeute

Le kinésithérapeute peut également jouer un rôle dans la prise en charge des personnes en situation d'obésité dans un but de prévention et de correction des séquelles (cutanées, morphologiques, articulaires et psychologiques) successives à une augmentation ou à une perte de poids. Il dispose pour ce faire de nombreuses techniques : mobilisation articulaire, techniques de gymnastique, techniques de réentraînement à l'effort, travail d'endurance, travail respiratoire, massages tonifiants, circulatoire ou à effet relaxant, électrothérapie, thermothérapie, hydrothérapie...

De manière générale, la pratique de plusieurs activités physiques permet de travailler l'ensemble des capacités du patient. De plus, en limitant une pratique répétitive et lassante, en évitant les blessures par pratique d'un même effort de manière répétée, en y associant la notion de plaisir et en potentialisant la motivation, une pratique variée permettra qu'elle s'inscrive sur le long terme.

1.2.4 Les prises en charge médicamenteuses

Dans certains cas très précis, les professionnels médicaux peuvent prescrire un traitement pharmaceutique. Cependant, les traitements médicamenteux ciblant l'obésité sont très limités. Plusieurs cas d'effets indésirables graves ont conduit à en retirer plusieurs du marché par le passé. Le seul médicament autorisé en France est l'Orlistat mais il est non recommandé par la HAS. Son utilisation est soumise à des critères stricts : seulement si l'IMC > 30 kg/m² ou IMC > 28kg/m² avec d'autres facteurs de risque associés et après échec des mesures « classiques » depuis 3 mois minimum. Au maximum, ce traitement peut être prescrit douze mois et doit être arrêté si la perte de poids est inférieure à cinq kilogrammes après trois mois d'utilisation. Il limite l'absorption intestinale des lipides par inhibition des lipases-

gastrointestinales mais son efficacité est modeste. Dans certains pays, les agonistes du récepteur du GLP-1 (*glucagon-like peptide 1*) sont indiqués dans le contrôle du poids. C'est le cas en France depuis 2019 où le liraglutide dispose d'une autorisation de mise sur le marché, sans remboursement, pour le contrôle du poids dans un contexte d'obésité ou de surpoids. L'indication est toutefois réservée uniquement à une personne en surpoids ou en état d'obésité et présentant au moins un facteur de comorbidité de type prédiabète ou diabète de type 2, hypertension, dyslipidémie ou syndrome d'apnée obstructive du sommeil. Dans tous les cas, ce traitement doit être associé à un régime hypocalorique (réduction des apports de 500 kcal par jour au minimum) et à une augmentation de l'activité physique, ce qui questionne son imputabilité dans la perte de poids. L'avancée des connaissances sur les formes rares d'obésité génétique permet toutefois de concevoir des nouveaux médicaments ciblés. Ainsi, le Setmélanotide, un agoniste des récepteurs des mélanocortines de type 4, est en cours de développement.

1.2.5 Les prises en charge chirurgicales

La chirurgie de l'obésité connaît un développement important depuis les années 1950 en France et plus largement dans le monde entier. Elle est réservée aux formes les plus sévères associées à des complications⁸.

1.2.5.1 Epidémiologie

Selon une étude menée en 2018⁶⁸, 45 747 patients ont subi une opération de chirurgie bariatrique pour la seule année 2014 en France. Le taux de recours à cette méthode a été multiplié par 2,6 entre 2008 et 2014. Dans le monde, 468 609 interventions de chirurgie bariatrique ont été pratiquées en 2013, dont 154 276 aux Etats-Unis et au Canada. Notons que les femmes sont surreprésentées dans les opérations de chirurgie bariatrique à hauteur de 82% .

⁸ Pour plus d'informations concernant les indications à la chirurgie se référer : 1.4 Les recommandations internationales au sujet des indications à la chirurgie bariatrique et de l'évaluation psycho-sociale préopératoire

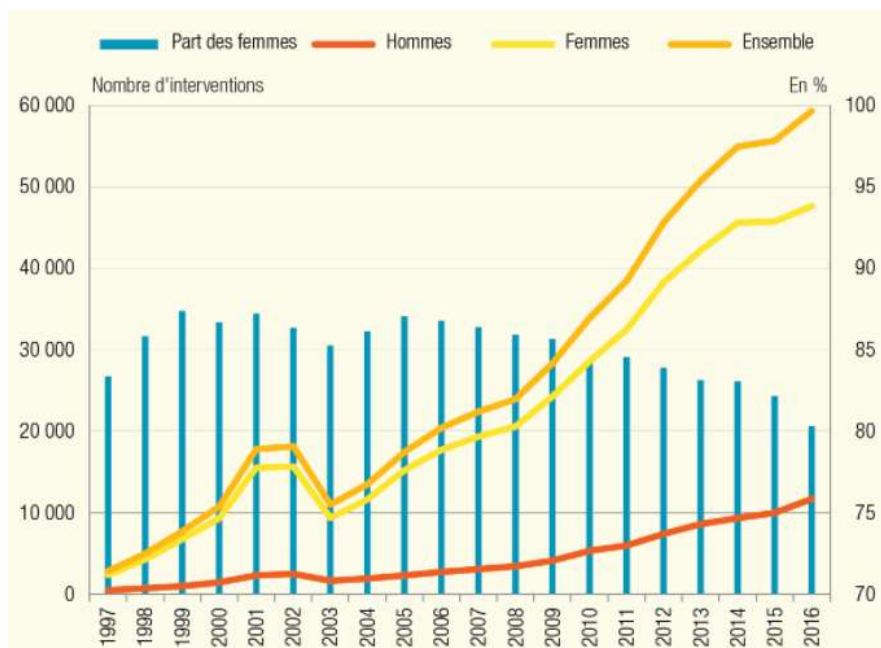


Figure 4 : Evolution des interventions de chirurgie de l'obésité en France entre 1997 et 2016

Sources : ATIH, base nationale PMSI-MCO ; exploitation DREES

1.2.5.2 Les différentes techniques chirurgicales

Aujourd'hui, quatre techniques chirurgicales sont recommandées par la HAS⁹ et remboursées par l'Assurance Maladie.

« L'anneau gastrique ajustable » repose sur une technique dite « restrictive » et permet une sensation de satiété précoce.¹⁰

⁹ En 2020, l'HAS a identifié 17 nouvelles techniques de chirurgie bariatrique dont trois sont actuellement en cours de diffusion en France et font l'objet d'études cliniques : Le « court-circuit duodéno-iléal avec gastrectomie longitudinale ou SADI-Sleeve », la « Gastrectomie longitudinale avec bipartition du transit ou Bipartition », la « sleeve endoscopique ou endosleeve ».

¹⁰ Voir Annexe 3 : Fiche Technique de l'anneau gastrique ajustable émise par la HAS en 2009

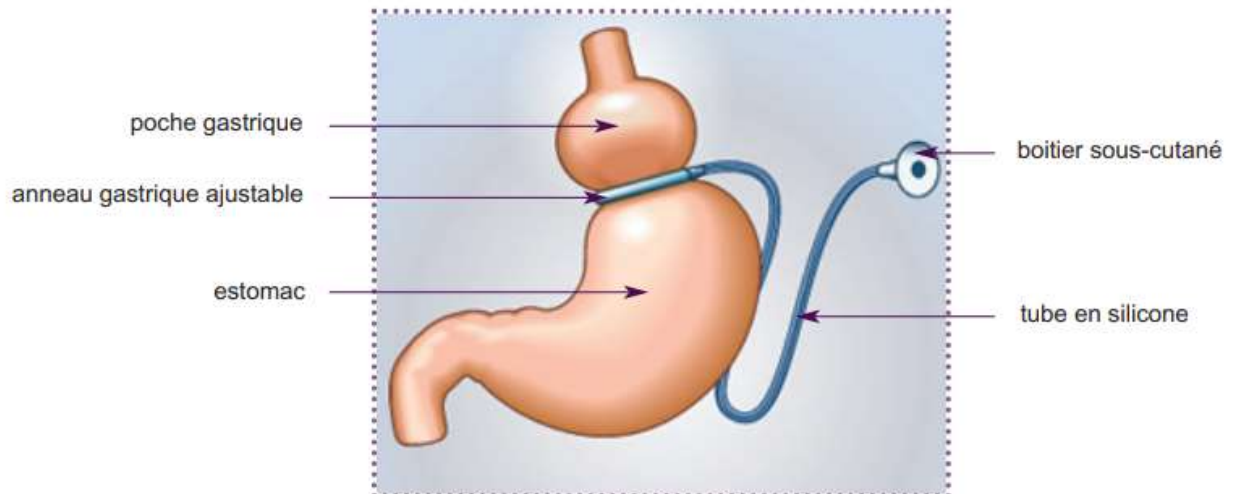


Figure 5 : La technique par anneau gastrique ajustable
Sources : HAS. Technique de l'anneau gastrique ajustable. 2009

La « sleeve gastrectomy » est une technique dite « restrictive avec mécanisme hormonal » car elle permet, en plus, d'agir sur la sécrétion de ghréline (hormone qui intervient dans la stimulation de l'appétit).¹¹

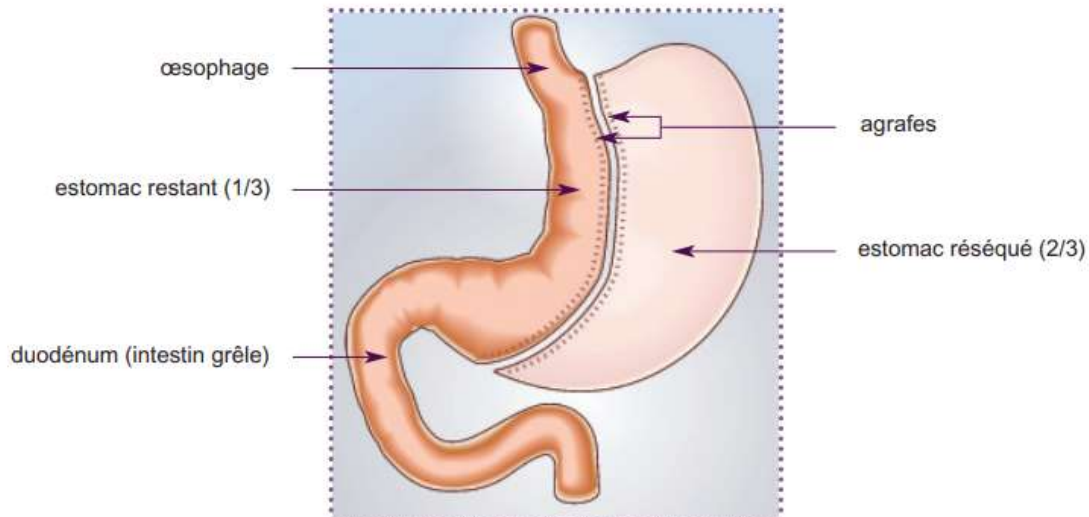


Figure 6 : La technique par gastrectomie longitudinale dite « sleeve gastrectomy »
Source : HAS. Technique de la gastrectomie longitudinale. 2009.

¹¹ Voir Annexe 4 : Fiche technique de la gastrectomie longitudinale émise par la HAS en 2009.

La « dérivation biliopancréatique » est une technique mixte dite « restrictive et malabsorptive » car, en plus de réduire le volume de l'estomac, elle entraîne une malabsorption des aliments qui ne sont plus digérés comme initialement¹².

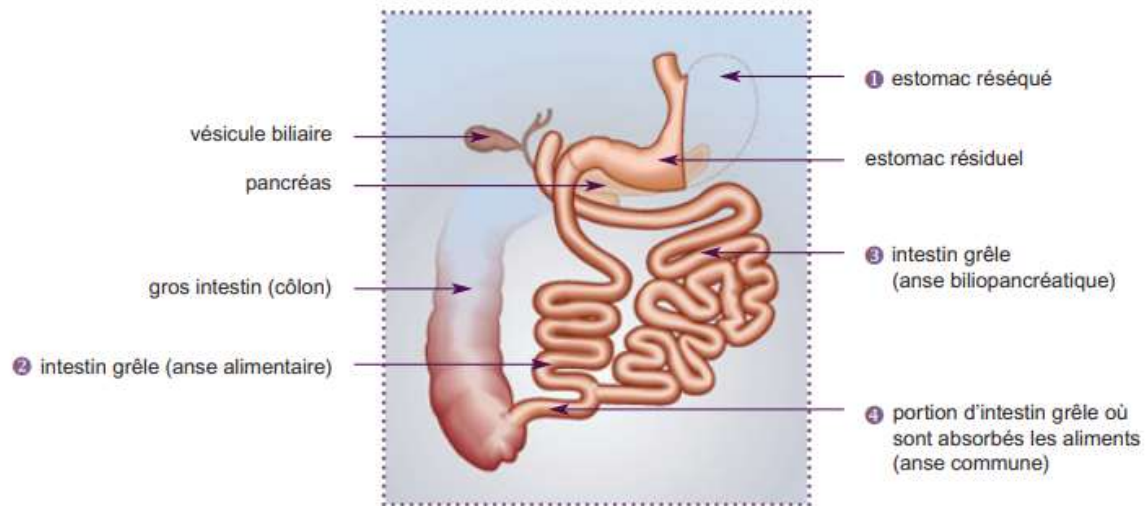


Figure 7 : La technique par dérivation biliopancréatique

Source : HAS. Technique de la dérivation biliopancréatique. 2009

Le « bypass gastrique » est également une technique mixte « restrictive et malabsorptive»¹³.

¹² Voir Annexe 5 : Fiche technique de la dérivation biliopancréatique émise par la HAS en 2009.

¹³ Voir Annexe 6 : Fiche technique du by pass gastrique émise par la HAS en 2009.

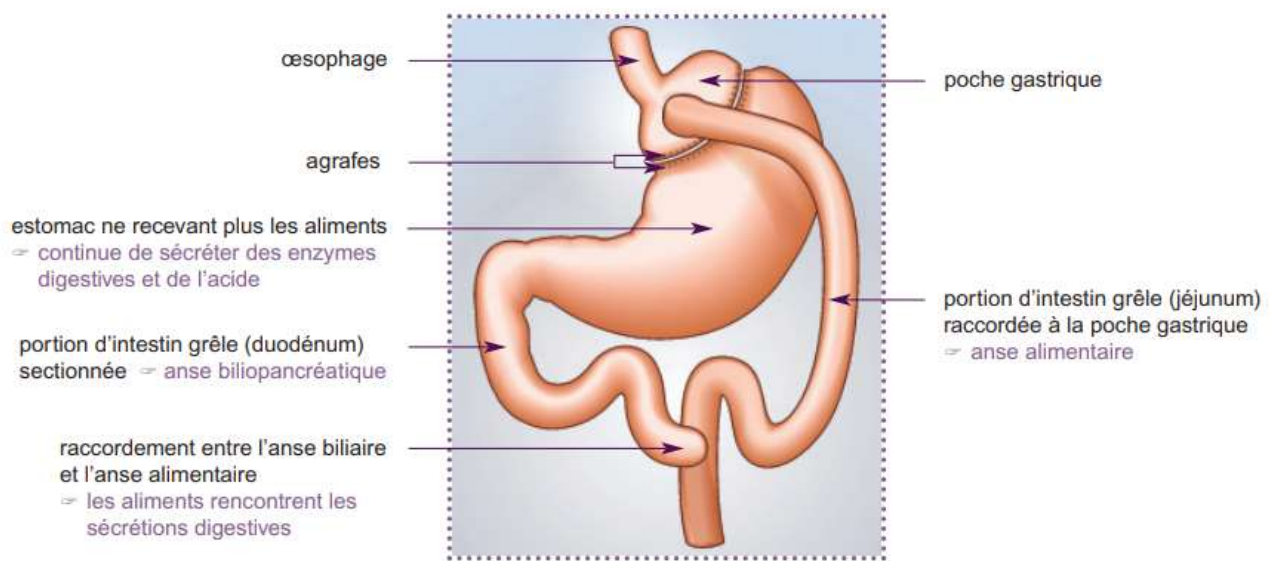


Figure 8 : La technique par bypass gastrique

Source : HAS. Technique du by pass gastrique. 2009.

Il est à noter que les techniques mixtes, en plus de réduire le volume de l'estomac, engendrent une malabsorption des nutriments (notamment les nutriments énergétiques) du fait de la modification du circuit de digestion, ce qui explique la nécessaire supplémentation vitaminique à vie (B12, B9, C, D, B1, fer et autres) pour les patients subissant un bypass gastrique.

En parallèle, et plus récemment se sont développées les procédures endoscopiques. Moins invasives, moins risquées, moins coûteuses, reproductibles et renouvelables, ces interventions sont en nette augmentation (4% des interventions en 2016 vs 2 % en 2014) et représentent probablement l'avenir en matière de techniques de chirurgie bariatrique. Dans le cadre de la prise en charge de l'obésité, elles ne bénéficient pas en France de remboursement par l'Assurance Maladie à l'heure actuelle. Les techniques actuellement approuvées par la Food and Drug Administration des États-Unis ou en cours d'expérimentation comprennent entre autres :

- les dispositifs « occupant de l'espace » comme par exemple les systèmes intragastriques à ballonnet, qui procurent une sensation de satiété précoce et peuvent donc de ce fait être rattachés aux techniques dites "restrictives".

- les techniques de fundoplicatures et de sutures endoscopiques (système TOGA, POSE, OVERSTITCH) qui sont venues élargir le spectre des méthodes "restrictives".

- les techniques de resurfaçage de la muqueuse duodénale (destruction des villosités duodénales par radiofréquence) ou du manchon duodéal (qui permet un court-circuit de l'intestin grêle proximal) qui ont quant à elles permis de développer les procédures « malabsorptives ».

- des techniques d'aspiration du contenu gastrique post-prandial (par un système de siphon) sont en cours de développement.



Figure 9 : Evolution de la part des différentes techniques de chirurgie bariatrique de 2000 à 2016 en France

Source : TIH, base nationale PMSI-MCO ; exploitation DREES ; Insee, estimation des populations ⁶⁹

1.2.5.3 Les bénéfices attendus sur l'excès pondéral

L'augmentation de la pratique de la chirurgie peut s'expliquer, en partie, par les nombreux bénéfices que peut offrir cette prise en charge. La chirurgie bariatrique représente actuellement l'approche la plus efficace pour réduire durablement et de façon massive l'excès pondéral. Mais, notons qu'après la chirurgie, c'est plus de 50 % des sujets porteurs d'une obésité morbide qui ne vont pas normaliser leur IMC, mais passer dans la catégorie des sujets en surpoids. Aussi, au-delà de la perte de poids enregistrée 1 à 2 ans après l'intervention, on

assiste généralement à une lente reprise de poids jusqu'à la 8-10^e année, après quoi le poids se stabilise complètement. Les facteurs favorisant de cette reprise de poids sont le non-respect des consignes hygiéno-diététiques, l'arrêt de l'activité physique, l'instauration de certains médicaments tels que les corticoïdes, les traitements psychotropes au sens large, la dilatation du néogastre... Malgré cela, la majorité des patients maintiennent à long terme une perte pondérale significative supérieure à 20 % de leur poids initial. Selon l'HAS, l'anneau ferait perdre 40 à 60 % de l'excès de poids ce qui correspond à 20 à 30 kg avec un recul de 10 ans. La sleeve ferait perdre 45 à 65% de l'excès de poids ce qui correspond à 25 à 35 kg avec un recul de 2 ans. Le bypass ferait perdre de 70 à 75% de l'excès de poids ce qui correspond à 35 à 40 kg avec un recul de 20 ans. La dérivation bilio-pancréatique ferait perdre de 75 à 80% de l'excès de poids soit 60 à 65 kg avec un recul de 25 ans.

1.2.5.4 Les bénéfices attendus sur les comorbidités

Les conséquences de l'obésité sur la santé physique et mentale sont nombreuses (diabète, maladie cardiovasculaire, cancer, calculs rénaux et vésiculaires, reflux gastro-œsophagien, asthme, troubles respiratoires du sommeil, stéatose hépatique, insuffisance rénale, incontinence urinaire, mycoses, insuffisance veineuse, des douleurs ostéoarticulaires, arthrose, diminution de la fertilité, mauvaise estime de soi, agoraphobie, isolement, etc.). La chirurgie reste l'une des solutions clés permettant de réduire de manière significative les risques de morbi-mortalité de ces sujets. En effet, la chirurgie bariatrique s'est imposée comme l'approche la plus efficace pour réduire durablement et de façon massive l'excès pondéral et pour permettre des rémissions de diabète de type 2. Le surrisque cardiovasculaire, les facteurs de risque comme l'adiposité viscérale, l'inflammation, les dyslipidémies et l'hyperuricémie, sont également réduits de façon majeure par la perte de poids consécutive à la chirurgie bariatrique. L'hypertension l'est, quant à elle, de façon plus temporaire et moins constante. Des patients très fragiles, comme les insuffisants cardiaques et les insuffisants rénaux, sont très améliorés et/ou mieux préparés à la transplantation (alors que leur état de santé, parfois très précaire, serait plutôt, de prime abord, un frein à la chirurgie bariatrique.) Plusieurs pathologies respiratoires : BPCO, asthme, apnées du sommeil, sont par ailleurs améliorées. Les prévalences de plusieurs cancers : sein, endomètre, colorectaux, sont réduites après perte de poids massive ou leur pronostic facilité par la chirurgie bariatrique. Le syndrome des ovaires polykystiques et l'infertilité consécutive sont aussi améliorés, comme

le sont les hypertensions intracrâniennes. Aussi, certains patients rapportent un mieux-être et une amélioration de leur qualité de vie.

1.2.5.5 Les complications imputables à la chirurgie bariatrique

Outre les nombreux bénéfices que peut apporter cette prise en charge chirurgicale, il est important de ne pas perdre de vue les complications possibles. La mortalité post-opératoire immédiate est largement inférieure à 1 % pour toutes les techniques mais, à long terme, toutes les interventions bariatriques peuvent entraîner des complications. Selon les données de la littérature, le taux global de complications est compris entre 4,2 et 22 %. D'après une analyse de la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) réalisée à partir de la cohorte française des personnes opérées (bypass et sleeves), à travers le recensement des effets secondaires des formes les plus graves (ayant conduit à une hospitalisation), ces chiffres pourraient être un peu plus élevés en globalité avec 5 % de complications digestives nécessitant une réintervention, 25 % de complications digestives à traitement médical, environ 5 % de complications nutritionnelles, et 3 % de complications psychiatriques. En comparaison, l'hémorragie post amygdalectomie, complication la plus fréquente de cette intervention chirurgicale, a une prévalence qui varie de 0,5 % à 3 %.

Lorsque ces complications sont d'ordre chirurgical⁷⁰, elles sont alors étroitement liées à la technique employée : fistule, hémorragie, lâchage d'anastomose, infection de l'anneau gastrique par exemple... Elles peuvent aussi être de nature médicale⁷¹ : embolie pulmonaire, insuffisance respiratoire aiguë, défaillance cardiaque, accident vasculaire cérébral, insuffisance rénale aiguë, occlusion gastrique, lithiase biliaire... Des complications fonctionnelles⁷² sont aussi communes comme le dumping précoce (apparition 15 à 30 minutes après le repas de réactions vasomotrices et neuro-hormonales, du type sudations, palpitations, sentiment de chaleur, fatigue, faiblesse, douleurs abdominales ou diarrhées postprandiales... en lien avec l'arrivée rapide d'aliments non digérés dans l'intestin grêle), l'hypoglycémie, le reflux gastro-œsophagien, etc... A plus long terme on peut aussi retrouver 10 à 33 % de douleurs abdominales intermittentes, parfois quotidiennes, des hernies internes, des ulcères anastomotiques, des vomissements, etc...

Sur le plan nutritionnel, des carences alimentaires sont courantes et les déficits en vitamine B12, folates, thiamine, vitamine D, et vitamine E sont les plus fréquemment rencontrés. Ces carences en micronutriments et en vitamines peuvent s'expliquer par simple diminution des apports et/ou par des phénomènes de malabsorption. Différents tableaux peuvent être observés selon le délai de survenue après la chirurgie⁷³. Au-delà du retentissement « classique » comme l'asthénie, les anomalies des phanères et l'anémie, des atteintes neurologiques graves et précoces ont été observées : des polyneuropathies (carences en vitamine B9, vitamine B12 ou en cuivre) et des encéphalopathies de Gayet-Wernicke (carences en vitamine B1) par exemple. Les complications tardives peuvent apparaître après plusieurs années et comprennent les neuropathies optiques, les myélopathies, les neuropathies périphériques et les myopathies.

1.2.5.6 Une prise en charge avant tout pluridisciplinaire

Enfin, il semblerait que l'importante variabilité des résultats à long terme, indépendamment du type de procédure, permettrait de relativiser la part de la technique chirurgicale choisie. La qualité de la préparation à la chirurgie, du suivi postopératoire impliquant le médecin traitant et la mise en place des filières multidisciplinaires dédiées, semblent, quant à elles être des facteurs prédictifs importants de succès de cette prise en charge. Les recommandations de la HAS en 2009 insistaient déjà sur l'importance de cette prise en charge pluridisciplinaire à l'image de cette plaquette d'informations à destination des patients concernant le parcours du patient candidat à la chirurgie bariatrique.

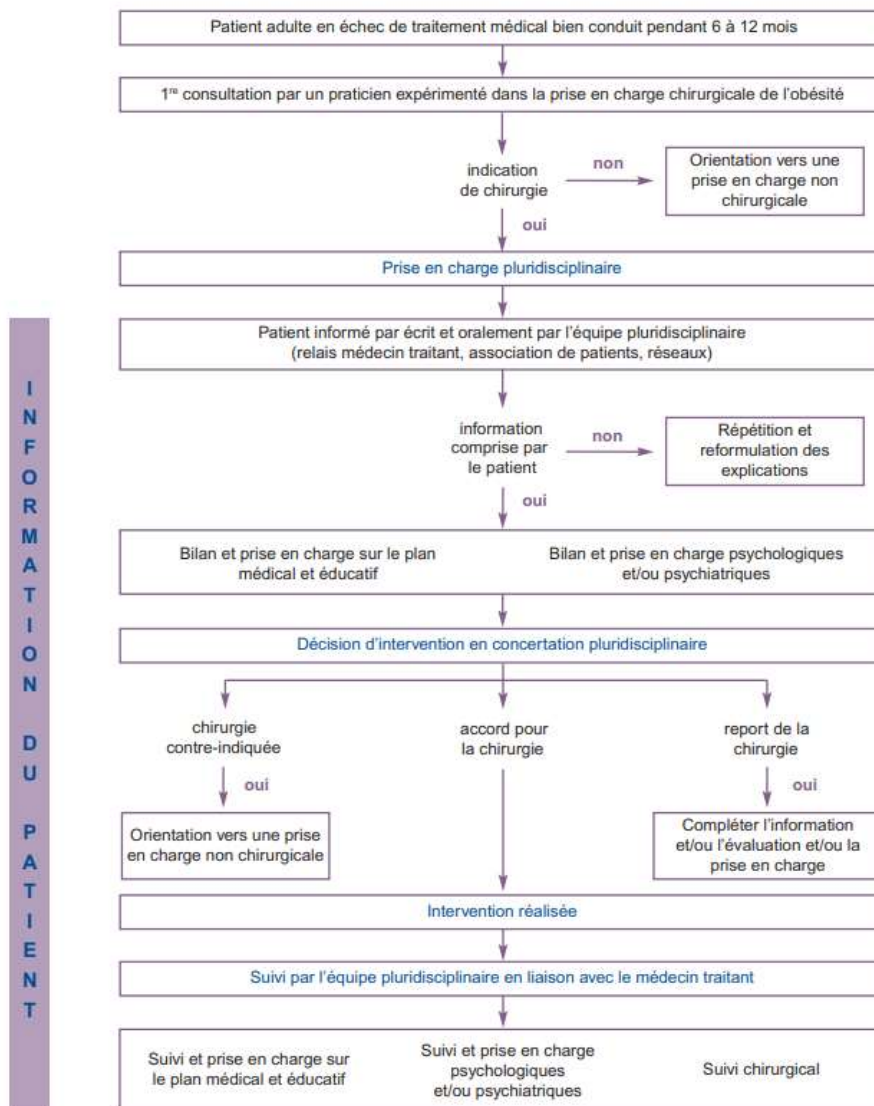


Figure 10 : Le parcours du patient candidat à la chirurgie bariatrique

Source : HAS. Informations à destination des patients. 2009.

1.2.5.7 Création des Centres Spécialisés de l'Obésité en France

Le plan Obésité 2010-2013 a confirmé cette volonté de traiter conjointement l'obésité en permettant la mise en place des Centres Spécialisés Obésité (CSO) afin d'améliorer l'accès aux soins, de promouvoir le dépistage, de réduire les risques de complication et de faciliter le travail entre la ville et l'hôpital. Les CSO réunissent des professionnels de santé de différentes spécialités permettant une prise en charge globale. Ils organisent au niveau régional la filière de soins et facilitent l'accès à la prise en charge non médicalisée : accès à des diététiciens,

kinésithérapeutes, etc. Ils regroupent des équipes chirurgicales et des plateaux techniques performants et adaptés pour les interventions chirurgicales. En plus de ces 37 centres spécialisés, existent 5 centres intégrés de l'obésité qui assurent les mêmes missions ainsi que des missions de recherche, de formation, d'enseignement et d'innovation.

1.3 Les enjeux de l'évaluation psychosociale préalable à la chirurgie

Nous avons montré qu'il y avait de nombreuses interactions entre obésité et santé mentale. C'est plus particulièrement sur l'impact psychique de la chirurgie bariatrique que nous souhaitons nous attarder.

1.3.1 Le retentissement psychologique de la chirurgie

Nous avons vu que les personnes en situation d'obésité, et encore plus particulièrement celles en demande d'une prise en charge chirurgicale, présentent une altération de l'image et de l'estime d'elles-mêmes. S'intéresser en préopératoire à ces caractéristiques, permet de préparer le patient afin que ne s'installe pas un processus d'auto-aggravation lorsqu'il sera confronté aux situations de frustration ou d'échec après la chirurgie. Ce cercle vicieux pourrait effectivement favoriser l'échec, réel ou ressenti, de la chirurgie. Cela confirme également qu'il est nécessaire de repérer plus largement les patients avec des difficultés d'adaptation car la chirurgie va demander une grande disponibilité psychique pour appréhender cette opération qui va faire césure avec le vécu antérieur selon les aspects détaillés ci-après. Rappelons aussi, que tous les professionnels médicaux ont notamment prêté serment « Primum Non Nocere », et qu'il est donc de leur responsabilité, de mettre en œuvre tout ce qui est en leur pouvoir afin de prévenir ces conséquences néfastes à court et à plus long terme. Cette responsabilité n'incombant pas plus aux psychiatres qu'aux autres professionnels médicaux impliqués dans la prise en charge, la HAS en 2009 insistait déjà sur la nécessité d'une prise en charge globale du patient par un travail de coopération entre les différents acteurs d'une prise en charge pluridisciplinaire.

1.3.1.1 Schéma corporel et image du corps

Onnis⁷⁴ propose une analyse qui distingue le « schéma corporel » de « l'image du corps ». Le schéma corporel désigne le dessin du corps, la forme du corps, les sensations du corps et la représentation que le sujet a de son corps. Pour Onnis, le schéma corporel contribue au sentiment d'identité mais est aussi un moyen de relation et de différenciation à l'autre. L'image corporelle s'appuie en partie sur le schéma corporel, mais est également liée à l'histoire personnelle, à la culture et à la dimension affective-existentielle de l'être. Selon Bruchon-Schweitzer, l'image corporelle peut être considérée comme l'ensemble des sentiments, attitudes, souvenirs et expériences, qu'un individu a accumulés à propos de son propre corps et qui se sont plus ou moins intégrés dans une perception globale. Dans l'interprétation psychanalytique de Dolto, le schéma corporel concerne la neurobiologie et est associé aux besoins, tandis que l'image inconsciente du corps concerne la psychologie et est associée aux désirs. Par exemple, et de façon appliquée au comportement alimentaire, la faim peut être un besoin réel de nourriture, sensation physiologique qui peut être liée à un schéma corporel de maigreur, mais la faim peut aussi être liée à un désir, à un besoin de combler une image inconsciente du corps qui peut sembler vide, indépendamment des besoins physiques. Ainsi, le schéma corporel et l'image du corps sont en permanente évolution mais sans pour autant se développer au même rythme. Ces transformations génèrent parfois des ruptures, comme par exemple à l'adolescence, où l'on assiste à un décalage entre l'évolution du schéma corporel, en lien avec la puberté et les nouvelles expériences physiques, et celle de l'image corporelle, qui se retrouve tiraillée entre la nostalgie du corps d'enfant et la découverte du corps adulte qui est en train de s'opérer⁷⁵. Une évolution trop rapide du schéma corporel est de ce fait accompagnée d'un sentiment d'étrangeté, de mal-être et d'angoisse ; ce que rapportent fréquemment les patients opérés. Malgré la concrétisation de la perte de poids escomptée, ils se sentent souvent désemparés suite à l'intervention et ceci, car ils continuent à se percevoir comme étant toujours obèses. La perte de poids étant à l'origine d'une perte des repères physiques, les patients peuvent avoir la sensation d'être comme dans un corps étranger : « je ne suis pas moi ».

Par ailleurs, les personnes obèses ne se regardent souvent que peu dans la glace, et le font naturellement davantage après la chirurgie. Des caractéristiques de leur « nouveau

corps » peuvent être alors difficilement vécues comme l'excédent de peau, la chute de la poitrine ou le tablier cutané abdominal par exemple. Un autre problème est qu'une perte de poids majeure peut vieillir considérablement une personne puisque le gras permet aussi de combler les rides. Il est donc essentiel de préparer à l'avance le changement corporel en permettant au patient de se projeter dans ce corps opéré.

1.3.1.2 L'équilibre socio-familial

Onnis évoque les ruptures au moment de l'adolescence et il est vrai que la chirurgie, de la même manière, est source d'un remaniement social et familial plus ou moins rapide auquel les patients et leur entourage doivent être préparés. Une réorganisation des relations affectives s'opère après la chirurgie et les ruptures familiales ou sociales ne sont, effectivement, pas rares. Certaines personnes vivent difficilement le changement corporel et de ce fait, le regard nouveau posé sur elles par l'entourage. Des reproches peuvent en plus, leur être adressés : « Tu n'es plus comme avant, tu es moins marrante... ». D'autres, au contraire, prennent une certaine assurance au fur et à mesure que le poids diminue. Dans les deux cas, les patients sont plongés dans une ambivalence émotionnelle : à la fois la joie d'avoir beaucoup maigri et le regret « d'avoir changé ». En résumé, la personne opérée se sent toujours « la même » mais est confrontée à des changements d'attitude face à elle. Ainsi, de par les modifications des interactions sociales qui peuvent prendre la forme de nouveaux sentiments de rivalité, jalousie, vengeance, revendication, séduction, ... l'équilibre du couple se retrouve inéluctablement bouleversé. D'une part, le patient peut avoir de nouveaux besoins et désirs et souhaiter faire d'autres expériences sur le plan affectif ou sexuel. D'autre part, le partenaire habitué au conjoint obèse, peut lui aussi rencontrer des difficultés à s'adapter au changement. Dans certains cas, l'excès pondéral aurait permis de masquer des problèmes conjugaux plus ancrés. La chirurgie bariatrique est associée à un risque plus élevé de se séparer d'un partenaire chez les personnes en couple, selon une étude de Maja Bramming parue en 2021⁷⁶. Néanmoins, selon la même étude, elle serait aussi associée à une plus grande chance de trouver un partenaire chez les célibataires. C'est ce que semblent également confirmer les études menées sur la grande cohorte suédoise de patients en situation d'obésité (Swedish Obesity Subjects study).

1.3.1.3 Vie sexuelle

L'obésité est souvent associée à une perturbation de la vie sexuelle. D'après l'étude de Steffen réalisée en 2019⁷⁷, environ la moitié des patients en situation d'obésité seraient insatisfaits de leur vie sexuelle et 70,7% des personnes souffrant de cette affection ressentent, par exemple, une difficulté physique lors de l'exécution du rapport. La chirurgie bariatrique aurait donc un effet positif sur ces données puisqu'environ 70% des patients ont constaté des améliorations significatives de leur vie sexuelle après l'opération ; amélioration se maintenant au moins cinq ans après l'opération.

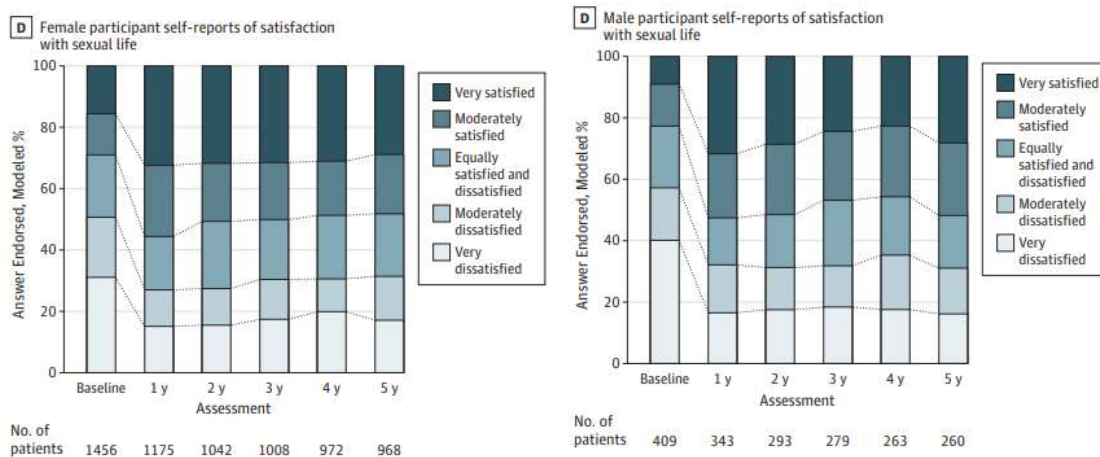


Figure 11 : satisfaction sexuelle auto-rapportée par les femmes et les hommes avant la chirurgie et durant le suivi post-opératoire

Source: Steffen KJ, King WC, White GE, et al. Changes in Sexual Functioning in Women and Men in the 5 Years After Bariatric Surgery. 2019. ⁷⁸

1.3.1.4 Régulation émotionnelle

Parfois, sans présenter la clinique d'un épisode dépressif franc, les patients peuvent présenter un tableau subdépressif avec une perte de l'élan vital, des difficultés à entrer en action, une irritabilité, une intolérance à la frustration, un caractère décrit comme moins jovial ou convivial... Une hypothèse étiologique est le fait que la perte de poids, souvent très rapide les premiers mois, génère une très grande fatigue physique pouvant alors précipiter la fatigue psychique. Il convient donc pour les professionnels de santé d'être attentif en préopératoire à ces symptômes. Au contraire, certains patients présentent un état proche de l'euphorie. Apfeldorfer,

psychothérapeute spécialiste des troubles du comportement alimentaire, explique ceci de la manière suivante : « le fait que l'on se sente capable de faire subir à son corps des transformations en profondeur, tant dans son aspect que dans sa structure, voire, plus tard, de le sculpter par l'effet du sport, contribue à entretenir l'euphorie et le sentiment de toute-puissance »

1.3.1.5 Recrudescence des troubles alimentaires

Nous avons abordé précédemment l'association fréquente d'un trouble du comportement alimentaire, parfois minime, chez les patients en situation d'obésité. Du fait que la chirurgie va brutalement imposer une modification du comportement alimentaire, il est essentiel d'évaluer cette composante au préalable afin de faire l'écueil d'une décompensation post-opératoire.

La chirurgie bariatrique modifie de manière significative les mécanismes physiologiques de la prise alimentaire, notamment avec une diminution de l'appétit, de la faim et une induction rapide des sensations de rassasiement et satiété. Cependant, la chirurgie n'a aucun impact sur les envies et besoins purement psychologiques à l'origine des compulsions alimentaires. De ce fait, la restriction alimentaire, imposée par la technique opératoire, risque d'augmenter les sentiments de frustration et de culpabilité. De plus, un fort sentiment de vulnérabilité peut être ressenti par les patients dont le poids avait une fonction de protection contre un environnement vécu comme étant hostile.

Ces sentiments (frustration, culpabilité, vulnérabilité...) faisant le lit de mécanismes de compensation plus ou moins adaptés, le risque de décompensation d'un trouble du comportement alimentaire minime ou l'accentuation des troubles préexistants est effectivement accru. L'enjeu plus global étant d'éviter à tout prix que la chirurgie devienne elle-même un facteur de renforcement du trouble du comportement alimentaire.

1.3.1.6 La « solution miracle »

Malgré une préparation en amont, la plupart du temps de plusieurs mois, nombreux sont les patients à se rendre compte tardivement que la chirurgie n'est pas « une solution miracle ». Rappelons que la chirurgie bariatrique est arrivée en France il y a environ 70 ans

avec des effets remarquables sur la perte de poids et les différentes comorbidités somatiques associées à l'obésité. Cette technique prometteuse a fait l'œuvre d'un enthousiasme médiatique sous-tendu par un emballage scientifique à en croire l'évolution croissante et quasiment exponentielle des pratiques. Aussi, face à l'obésité comme état pathologique chronique, une prise en charge chirurgicale ambulatoire de quelques jours ne peut, aux yeux des personnes peu informées, être perçue autrement que comme « LA solution miracle ». L'objectif d'une préparation de plusieurs mois a donc pour but de temporiser ces attentes « magiques ». Le patient doit être accompagné progressivement dans une certaine prise de conscience : de même que l'obésité ne se réduit pas à un excès de prise alimentaire, le traitement chirurgical seul ne suffit pas à régler une problématique qui dure souvent depuis de nombreuses années, voire « depuis toujours », selon les propos de certains patients. Pour le dire autrement, le patient devrait pouvoir réaliser avant la chirurgie que le poids n'est pas l'unique responsable de tous les maux, échecs et frustrations, mais il est plus probable que les conflits psychiques non résolus le soient.

1.3.2 Les risques d'une décompensation psychiatrique

1.3.2.1 Troubles addictifs

Nombreux articles rapportent l'apparition ou l'aggravation de complications liées à l'usage de toxiques après chirurgie bariatrique. Une équipe a analysé la consommation d'alcool jusqu'à vingt ans après une chirurgie bariatrique au sein de la cohorte SOS (Swedish Obese Subjects study) en utilisant un groupe contrôle non opéré⁷⁹. Par rapport aux patients n'ayant pas subi de chirurgie bariatrique, les patients opérés par *by pass* ont une probabilité de consommation d'alcool à risque trois fois supérieure aux patients non opérés. Pour aller plus loin et d'après une revue systématique de 2021⁸⁰, par rapport aux autres techniques chirurgicales, le *by pass* serait la technique la plus susceptible d'entraîner des troubles addictifs. Une méta-analyse de 2016⁸¹ retrouvait un taux de nouveaux consommateurs de substances toxiques après chirurgie bariatrique (quelle que soit la technique utilisée) entre 34,3 % à 89,5 % selon les études. Plus récemment en 2017, la société américaine confirme ces résultats retrouvant un taux de 20 % de patients souffrant de troubles de l'usage de l'alcool après la chirurgie⁸².

1.3.2.2 Hypothèses étiologiques des troubles addictifs

Plusieurs hypothèses semblent pouvoir expliquer ces phénomènes. Dans le cas d'un *bypass*, on a pu observer des modifications des mécanismes d'absorption de l'éthanol qui occasionnent un pic de concentration plasmatique d'alcool plus précoce et plus important. En outre, par réduction du volume gastrique, la déshydrogénase gastrique disponible pour la première étape de métabolisation de l'alcool diminue également drastiquement. Un âge jeune, un antécédent de trouble addictologique, des symptômes dépressifs importants et des habitudes alimentaires inadaptées seraient des facteurs prédictifs de conduite d'alcoolisation massive après la chirurgie.⁸³ Au-delà de ces hypothèses, la chirurgie pourrait entraîner des abus de substances par substitution aux abus de nourriture. En d'autres termes, le switch de l'addiction alimentaire à une autre addiction est fréquent. L'approche neurobiologique s'appuie sur le fait que la nourriture et l'alcool stimulent tous deux la sécrétion de dopamine par le *nucleus accumbens*. Comme déjà évoqué précédemment, la dopamine a été définie comme un « neurotransmetteur du plaisir » dont la sécrétion augmente lors des accès hyperphagiques. Après une intervention de chirurgie de l'obésité, la difficulté de satisfaire le plaisir gustatif par l'ingestion de quantités de nourriture suffisantes pour induire une sécrétion adéquate de dopamine par le *nucleus accumbens* pourrait faciliter la recherche de sources alternatives de plaisir. A cet effet, la consommation excessive d'alcool pourrait remplacer les crises d'hyperphagie et permettre d'activer le système de récompense méso-limbique.

1.3.2.3 Troubles de l'humeur, conduites suicidaires et troubles anxieux

Un lien épidémiologique bidirectionnel fort est décrit entre l'obésité et la dépression⁸⁴, chacune des deux conditions augmentant le risque de développer l'autre d'environ 50 %.⁸⁵ La prévalence de l'épisode dépressif caractérisé est estimée à 19 % (entre 14 et 25 % selon les études) chez les candidats à la chirurgie bariatrique.⁸⁶ Après la chirurgie, les données de la littérature semblent s'accorder pour mettre en évidence une réduction des symptômes dépressifs dans les 2 à 3 années qui suivent la chirurgie. Selon une revue systématique de la littérature de 2019, 93% des études incluses confirment ce résultat⁸⁷. Cependant, ces résultats encourageants sont modérés par des résultats plus récents issus d'études dont le suivi des patients s'étendait sur un temps plus long. A partir de 24 mois après la chirurgie, les

indicateurs de l'anxiété, de la dépression et des conduites alimentaires hyperphagiques se détériorent.⁸⁸ La prévalence de la dépression post-chirurgie bariatrique est encore étudiée et fait l'objet de plusieurs sujets d'étude car les résultats demeurent controversés à l'image d'une étude de 2020 rapportant une aggravation des symptômes dépressifs de près de 6 % des opérés durant les deux premières années, avant de se stabiliser à 5 ans. De plus, parmi ces 6%, 2 % des patients auraient développé des symptômes dépressifs plus marqués qu'en période pré-opératoire⁸⁹. Aussi, des études tentent d'explorer le lien entre le risque de dépression après l'opération et la procédure chirurgicale utilisée. Une étude de 2018 s'appuyant sur un suivi de douze années après l'opération rapporte que le risque de dépression majeure est multiplié par 1,7 pour la population opérée et serait plus fort pour les patients opérés par une procédure malabsortive (*by pass* et dérivation bilio-pancréatique) *versus* ceux opérés par une procédure restrictive (sleeve gastrectomie et gastroplastie).⁹⁰

Si l'hypothèse d'une augmentation des troubles de l'humeur après la chirurgie bariatrique peine à être clairement confirmée, l'augmentation des taux de suicide et des comportements auto-agressifs post-opératoires est plus consensuelle. Une étude de 2016 a pu mettre en évidence l'augmentation des comportements autodestructeurs (idées suicidaires, tentatives de suicides, automutilations) à la suite d'une chirurgie bariatrique. Cette cohorte comprend 8815 patients et au total, 111 patients ont présenté des éléments d'autodestruction relevant d'une prise en charge en urgence. L'étude démontre que les passages à l'acte auto-agressifs augmentent de manière significative après la chirurgie.⁹¹ C'est également ce que confirme une autre étude de 2018, s'appuyant sur deux cohortes et regroupant au total plus de 20 000 patients : le risque de suicide après chirurgie est accru comparativement à la population générale ou aux patients obèses non opérés⁹². Ces résultats sont concordants avec ceux d'une méta-analyse plus récente (2019) regroupant un total d'environ 150 000 patients : le taux de mortalité par suicide serait proche de 0,3 % chez les opérés tandis que le risque de passage à l'acte auto-agressif et de tentative de suicide est multiplié par quatre par rapport à un groupe témoin apparié sur l'âge, le genre et l'indice de masse corporelle⁹³.

Peu de données spécifiques aux troubles anxieux généralisés ou aux symptômes anxieux sont disponibles. On sait cependant que la prévalence des troubles psychiatriques

dans leur globalité, chez les patients candidats à cette chirurgie, est plus importante : entre 40 et 70 % de ces patients ont au moins un antécédent de trouble psychiatrique sur la vie entière, et entre 20 et 50 % des patients ont un trouble psychiatrique actuel au moment de l'évaluation préopératoire⁹⁴. Les plus courants sont le trouble de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité.⁹⁵ Les patients avant la chirurgie pourraient présenter des symptômes anxieux légers, modérés ou sévères selon l'échelle d'anxiété de Beck (Beck Anxiety Inventory) dans près de 45% des cas⁹⁶. De plus, selon le modèle bio-psycho-environnemental et plus précisément par le stress psychique et physique imposé à l'organisme par la chirurgie ainsi que l'impact psychosocial de la chirurgie, l'opération peut elle-même devenir un facteur d'exacerbation des difficultés psychiatriques ou psychologiques préexistantes et être à l'origine de décompensations. La modification de l'absorption des traitements psychotropes peut aussi être un facteur de décompensation d'une pathologie psychiatrique préexistante.⁹⁷ Néanmoins, les données de la littérature, de façon semblable à l'évolution des symptômes dépressifs, rapportent une nette amélioration des symptômes anxieux dans les années qui suivent la chirurgie bariatrique⁹⁸. Peu de données sont disponibles quant aux résultats au long cours, mais il semble que les troubles anxieux tendent à réapparaître après dix ans⁹⁹, probablement selon des trajectoires proches de celles qui ont été observées pour la dépression.

1.3.2.4 Hypothèses étiologiques des troubles anxio-dépressifs

Une première hypothèse repose sur le fait que le patient opéré reste en proie à de nombreux conflits intrapsychiques s'ils n'ont pas été pris en charge avant l'opération. De plus, dans la mesure où l'alimentation, sous forme de troubles alimentaires, permet de maintenir un certain équilibre psychique, même précaire, il est préférable que la chirurgie soit différée le temps qu'une prise en charge adaptée soit mise en place. Notons cependant que la situation peut être difficile à gérer si des impératifs somatiques incitent à ne pas tarder dans l'indication chirurgicale. Par ailleurs, au regard de l'augmentation des troubles addictologiques liés à l'alcool abordés précédemment, il faut souligner l'effet dépressogène de ce produit qui peut être à l'origine de véritables tableaux dépressifs dont la symptomatologie la plus dramatique est celle de la crise suicidaire et/ou le suicide abouti. Les consommations alcooliques

entraînent également une désinhibition et une impulsivité pouvant expliquer l'augmentation des passages à l'acte auto-agressifs.¹⁴

La chirurgie entraîne également des altérations du système neuroendocrinien avec des changements dans les systèmes de signalisation de la ghréline, du GLP-1, du NPY et des endocannabinoïdes (ainsi que les synergies potentielles entre ces changements) qui affectent non seulement le contrôle énergétique, mais aussi les réponses hédoniques avec des effets sur l'humeur, l'anxiété et la dépression¹⁰⁰.

Des études récentes ont montré que le microbiote intestinal était appauvri chez 20 à 30% des personnes en état d'obésité de façon proportionnelle à la sévérité de l'obésité¹⁰¹. On notait également des changements dans la composition des groupes bactériens. Les interventions diététiques ou la chirurgie bariatrique modifient le profil individuel du microbiote en faveur d'un enrichissement rapide mais non suffisant¹⁰² : l'enrichissement post-chirurgie atteint un pic un an après l'intervention mais ne connaît pas de progression supplémentaire au décours. Le microbiote intestinal peut également contribuer aux perturbations métaboliques observées dans l'obésité en déclenchant une inflammation systémique¹⁰³. Or, de très nombreuses études et méta-analyses ont montré une association entre l'élévation des marqueurs de l'inflammation (CRP, cytokines...) et la dépression, les troubles bipolaires, la schizophrénie ou les troubles du spectre de l'autisme. On peut donc s'interroger sur le lien entre chirurgie bariatrique, microbiote intestinal, inflammation et pathologies psychiatriques.

Les altérations de l'absorption post-chirurgie sont à l'origine de plusieurs carences alimentaires. Rappelons que les carences en vitamine B notamment, ont un impact tout particulier sur les troubles psychiatriques. La vitamine B est impliquée dans la synthèse des neurotransmetteurs, y compris l'acide γ-aminobutyrique, la sérotonine, la dopamine et la noradrénaline. La carence en vitamine B augmente le risque de dépression, d'anxiété, de démence et de maladie d'Alzheimer. La carence en vitamine B supprime également la fonction

¹⁴ Les hypothèses étiologiques spécifiques des troubles addictologiques ont été abordées précédemment et plus en détails comme celles des troubles alimentaires et ne sont pas de nouveau détaillées ici.

immunitaire, augmente la production de cytokines pro-inflammatoires et régule à la hausse NF-κB. ¹⁰⁴ Il nous paraît également utile de rappeler que les compléments vitaminiques nécessaires à vie en post-opératoire ne sont actuellement pas remboursables.

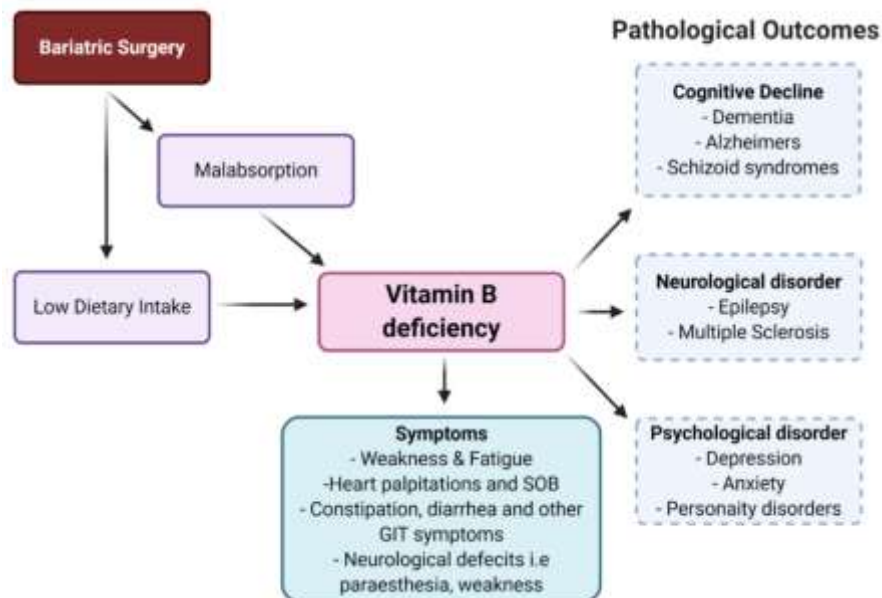


Figure 12: impact de la carence en vitamine B

Source: Al Mansoori A, Shakoor H, et al. *The Effects of Bariatric Surgery on Vitamin B Status and Mental Health*. 2021

1.3.2.5 Troubles du comportement alimentaire ¹⁵

Pour évaluer précisément la prévalence des troubles du comportement alimentaire en post-opératoire, se pose préalablement l'estimation de la prévalence de ces troubles en préopératoire.

C'est bien sûr l'hyperphagie boulimique ou le Binge Eating Disorder (BED) qui est le trouble du comportement alimentaire le plus fréquent¹⁰⁵. En 2014, une revue systématique

¹⁵ Pour plus d'informations concernant les mécanismes étiologiques hypothétiques : se référer au paragraphe 1.3.1.5 Recrudescence des troubles alimentaires.

de la littérature retrouvait des prévalences du BED comprises entre 0,7 et 4% en population générale, entre 1 et 30 % parmi les patients à la recherche de méthodes de perte de poids non chirurgicales et entre 2 et 49 % parmi les patients candidats à la chirurgie bariatrique.¹⁰⁶ Une méta-analyse de 2016 retrouvait une prévalence du BED de l'ordre de 17 % avant la chirurgie¹⁰⁷. En 2020, une revue systématique et méta-analyse, la plus récente à notre connaissance, estimait la prévalence de ce trouble alimentaire entre 9,5 et 40,6% parmi les patients candidats.¹⁰⁸ L'ensemble de ces données illustre la grande variabilité des résultats. Cette variabilité peut s'expliquer par la multiplicité des méthodes d'évaluation de ce trouble. Une revue de la littérature de 2015 retrouvait déjà 70 questionnaires et entretiens d'évaluation différents.¹⁰⁹ Les durées de suivi, les définitions diagnostiques et les procédures chirurgicales sont aussi des facteurs de variabilité de ces prévalences.¹¹⁰

Aussi, les données post-opératoires ne sont pas nombreuses et hétérogènes selon une méta-analyse regroupant 7 études et parue l'année dernière : la prévalence globale des troubles du comportement alimentaire serait de 7,83 % en post-opératoire avec des résultats compris entre 2% et 27 %.¹¹¹ Il semblerait que, de manière semblable aux symptômes dépressifs et anxieux, les troubles du comportement alimentaire diminuent en période pré-opératoire immédiate (c'est-à-dire inférieure à 2 ans) puis réapparaissent dès la troisième année après l'opération. Hors chirurgie bariatrique, on sait que les troubles des conduites alimentaires évoluent vers la chronicité et que les switches d'un trouble à un autre sont fréquents ainsi que les rechutes après de parfois longues périodes de rémission. Cliniquement, on a vu apparaître de nouveaux patients, ayant subi une chirurgie bariatrique et souffrant d'anorexie mentale atypique : en effet, malgré une obésité, ils présentent les autres symptômes de l'anorexie mentale avec des cognitions anorexiques envahissantes concernant l'alimentation et l'image du corps. Même si cela semble rare, le risque est de sous diagnostiquer cette pathologie du fait de l'euphorie liée à la perte de poids.

Malgré l'absence de données précises, l'intérêt scientifique pour la thématique des troubles du comportement alimentaire avant et après chirurgie est grand car elle pourrait être un facteur de la perte pondérale après la chirurgie et/ou de la reprise pondérale après quelques années. Cependant, les données de la littérature sont, à ce jour, contradictoires. Certaines études rapportent que les troubles du comportement alimentaire préopératoires

ne seraient pas prédictifs d'une perte de poids plus faible après la chirurgie ^{112,113,114}. D'autres, au contraire, affirment l'inverse ^{115,116}. Enfin d'autres encore montrent qu'un antécédent de trouble alimentaire serait prédictif d'une plus grande perte pondérale après l'opération. ^{117,118,119}

1.3.3 Les enjeux de l'évaluation préalable à la chirurgie

1.3.3.1 Le respect des indications et contre-indications

Afin de limiter ces complications, l'évaluation psychosociale en préopératoire a été rendue obligatoire par les recommandations de la HAS en 2009. Un des objectifs de cette évaluation est de pouvoir identifier les mécanismes psychologiques d'adaptation et de prévenir le dépassement de ces mécanismes. Le risque étant l'établissement de véritables troubles psychiatriques en post-opératoire. Cependant, la standardisation d'un dépistage psychiatrique n'est clairement pas de la même simplicité que l'évaluation d'un facteur de risque biologique, qui nécessite, en première instance, un prélèvement sanguin. La limitation du nombre de psychologues ou psychiatres spécialement formés et l'absence de questionnaires spécifiques et/ou de guide pour des entretiens structurés rendent un tel bilan complexe. De manière paradoxale, alors que toutes les études sont concordantes sur la prévalence significative des dysfonctions psychologiques chez les candidats à l'opération, les données concernant le pourcentage des patients ayant des contre-indications à la chirurgie sont très discordantes.

Selon une étude de 2004 menée par l'Assurance Maladie, les indications opératoires sont parfois discutables puisque 16 % des malades n'auraient pas dû être opérés (mauvaises indications ou contre-indications non respectées). L'étude conclut que le respect des recommandations est loin d'être parfait (CNAMTS, 2004). En octobre 2016, c'est la HAS qui alertait sur l'insuffisance de la prise en charge préopératoire¹²⁰, essentielle à la réussite des opérations bariatriques. Dans un rapport, l'institution soulignait que « seules les opérations de 6 patients sur 10 ont bénéficié à la fois d'un bilan de leurs comorbidités (troubles associés à l'obésité), d'un bilan endoscopique et d'une évaluation psychologique », et que seules les opérations de 4 patients sur 10 avaient été décidées dans le cadre d'une concertation entre

plusieurs professionnels. Ainsi, de nombreux établissements ne respectent pas les recommandations de prise en charge pluridisciplinaire et pourtant, nombre de patients parviennent tout de même à se faire opérer. De plus, il paraît ambigu de demander à un patient d'investir son projet, et plus particulièrement la pluridisciplinarité de ce dernier, si les professionnels entre eux ne parviennent déjà pas à reconnaître leurs légitimités respectives et de ce fait, la nécessité de cette prise en charge pluridisciplinaire.

1.3.3.2 L'alliance thérapeutique

En outre, l'alliance fragile des professionnels entre eux fait écho à l'alliance thérapeutique toute aussi précaire du patient dans sa propre prise en charge et aux nombreux perdus de vue une fois l'opération réalisée. Pourtant cette alliance thérapeutique et l'adhésion du patient au suivi post-opératoire seraient gage de meilleurs résultats en termes de perte pondérale après la chirurgie^{121,122} et ceux, notamment pour les patients opérés par *by pass*¹²³. C'est ce qu'a pu confirmer une méta-analyse de 2014 appuyant le fait qu'un suivi à long terme permettait d'accroître la perte pondérale¹²⁴. Une méta-analyse plus récente de 2022¹²⁵, confirme la corrélation entre la perte pondérale et le suivi régulier dans les trois premières années qui suivent la chirurgie.

Une des difficultés rencontrées par les psychologues et psychiatres dans le cadre de la chirurgie bariatrique est le fait que l'évaluation est « obligatoire » et fréquemment non sollicitée par le patient. Les patients viennent en consultation suite à la demande de leurs chirurgiens. La plupart du temps, les raisons de cette évaluation ne leur ont pas été explicitées. De ce fait, la demande de consultation du patient émerge souvent davantage pour des raisons utilitaires (valider la demande d'opération) que pour un souhait profond de travail psychique. Pour les professionnels n'ayant pas l'habitude des soins psychiques contraints, ce cadre thérapeutique peut s'avérer déstabilisant. Malgré cela, l'objectif du professionnel sera de parvenir à franchir les mécanismes réactionnels primaires du patient afin de conduire une évaluation psychosociale juste et approfondie permettant de mettre en exergue les contre-indications à la chirurgie et/ou les difficultés psychosociales à venir pour le patient. Une fois l'évaluation réalisée, et dans le cas où il ne répond pas favorablement de manière immédiate à la demande du patient, le professionnel doit faire en sorte que l'alliance thérapeutique ne soit pas rompue s'il souhaite entreprendre un travail psychologique préparatoire à

l'opération. Parfois, c'est une réelle prise de conscience de ses troubles que le professionnel doit déclencher chez le patient qu'il reçoit. Mais, confronter le patient à un suivi psychologique qu'il ne sollicite pas peut se révéler contre-productif si celui-ci renforce le déni, occasionne une rupture de suivi, des comportements défensifs, de la soumission passive ou même, à l'extrême, un sentiment de persécution à l'égard du professionnel.¹²⁶

1.3.3.3 L'évaluation psychosociale versus l'accompagnement psychique

Ainsi, un temps, qui paraît difficilement quantifiable au préalable, est essentiel afin que puisse s'aménager un espace de réflexion permettant au patient de conscientiser les changements à venir et de pouvoir les affronter sereinement pour le reste de sa vie.¹²⁷ Cependant, les patients candidats à l'intervention sont généralement en recherche d'une solution définitive et immédiate et le plus souvent surpris et frustrés par ces projections lointaines des soignants quant à l'issue de leurs soins. La déconstruction de ce mouvement psychique peut d'ailleurs, par lui-même, être source d'un travail psychologique préalable. Dès lors, une préparation soigneuse des patients demeure nécessaire malgré l'impulsion d'urgence ressentie. Cette dynamique est d'ailleurs souvent autant partagée par les patients que par les soignants qui peinent à refréner cette dynamique. La notion d'urgence pourrait répondre, selon Corminboeuf et ses collègues « à une tentative d'échappement à l'élaboration psychique des difficultés, les maux se résumant à l'unique symptôme de l'excès pondéral ». Roxanne Mallet, psychologue, rapporte d'ailleurs au sujet d'une patiente « elle a du mal à percevoir les signaux verbaux ou comportementaux que je lui envoie [...] Elle grignote du temps comme elle grignote un biscuit. ». De ce fait, l'enjeu de l'entretien préalable à la chirurgie relèverait davantage d'un accompagnement que d'une évaluation unique. Pour les auteurs préalablement cités, « l'accompagnement psychique doit permettre au passé de resurgir au présent et être réintégré au sein d'une continuité psychique individuelle, ne nécessitant alors plus le recours au symptôme mais permettant d'y mettre du sens afin d'affronter l'avenir ». Ils rappellent, justement, que la chirurgie bariatrique constitue certes un moyen pour perdre du poids mais qu'elle ne garantit pas l'absence d'une reprise pondérale future et ne peut donc pas être considérée comme un traitement curatif de l'obésité. En effet, à l'heure où la chirurgie esthétique tend à être popularisée, banalisée et où nombre de patients candidats y ont eu recours avant d'entamer le processus de la chirurgie bariatrique,

le professionnel devra prendre le temps de déconstruire le mythe d'une chirurgie esthétique « comme les autres » permettant de modifier de façon irréversible un « défaut » physique.

1.3.3.4 Stigmatisation de l'obésité et de la santé mentale

Par ailleurs, pour le patient sollicitant la chirurgie, la rencontre avec un « psy » est souvent la première et se fait généralement avec beaucoup d'appréhension. On ne peut ignorer le poids de la double stigmatisation déjà évoquée, celle de l'obésité (« attribut qui jette un discrédit profond » Goffman, 1975) et celle de la psychiatrie. Même si l'image de la société a évolué, « la santé mentale » demeure un objectif collectif de santé publique permettant notamment de maintenir un haut niveau de performance et de productivité comme l'affirme l'OMS dans son rapport sur la santé mentale en 2005¹²⁸. En 2008, le Pacte Européen pour la santé mentale et le bien-être¹²⁹ promeut également l'autonomie et la responsabilisation comme valeurs majeures de santé mentale renforçant par conséquent, la stigmatisation des « personnes mentalement diminuées »¹³⁰. Dans ce contexte, les attitudes des patients sont variées. Il y a des patients que la consultation avec un psychiatre interroge: « Je ne suis pas fou, docteur, tout va bien, je veux seulement maigrir ». Il y a aussi des patients qui ne savent pas trop pourquoi ils sont là : « c'est obligatoire... » et prennent généralement une attitude dédagée, banalisant la consultation, en apparence du moins. Dans ces deux cas, ces patients seront en prise avec le choix d'en dire « assez » pour qu'on puisse avoir des éléments à apporter au chirurgien qui justifient une chirurgie, et « pas trop » dans l'espoir qu'elle ne sera pas contre-indiquée. Pour d'autres patients, la consultation psychiatrique reste un obstacle à franchir et ils préféreront aller consulter un autre professionnel ou renoncer. Enfin, il y a ceux qui s'effondrent rapidement dès que l'on aborde le sujet de l'obésité elle-même et sa relation avec les événements extérieurs. En outre, il a été constaté que si les rendez-vous avec le chirurgien continuent d'être honorés régulièrement après la chirurgie, il en est tout autrement pour le suivi psychique. Possiblement qu'il est plus simple de rencontrer régulièrement « son chirurgien » que « son psychiatre ». L'ombre de la *double stigmatisation* demeurant peut-être une fois de plus trop oppressante. De surcroît, abordée à l'échelle sociétale et individuelle, le domaine médical et paramédical n'est pas exempt de participer à la stigmatisation des personnes en situation d'obésité¹³¹. Il n'est pas non plus exempt de participer à la stigmatisation de la psychiatrie, de ses patients et de ses professionnels. *La*

World Psychiatric Association a publié, à ce sujet, des conseils pour lutter contre cette stigmatisation en 2010¹³².

1.3.3.5 La formation des professionnels

De par les enjeux multiples préalablement explicités de l'évaluation psycho-sociale des patients candidats à la chirurgie de l'obésité, une formation spécifique des professionnels semble indispensable. Le risque étant que sans formation préalable spécifique, le patient en situation d'obésité demeure « cette énigme pour le corps médical dont la principale préoccupation est de le faire maigrir »¹³³. Pour aller plus loin, le risque étant que ce manque de formation favorise des mouvements de rejet et de négligence menant à des traitements de moins bonne qualité. Ce déficit qualitatif des soins pouvant se manifester de manière tout à fait dissimulée comme par des « passages à l'acte immédiat ». Dans le domaine de la chirurgie bariatrique, ces passages à l'acte pourraient se réaliser sous forme d'actes opératoires réalisés « en urgence », sans préparation préalable. Ces mouvements réactionnels immédiats répondant non plus à des raisons strictement médicales mais à la souffrance d'autrui. Lorsqu'on y est confronté de près, il est vrai que la souffrance de son prochain peut venir dépasser nos propres capacités à la contenir et ainsi remettre en question le « mythe de la médecine toute puissance ». Pour illustrer ce propos, dans un article de 2006, Echard écrivait « L'idéalisation de la médecine est si forte qu'elle conduit la société mais aussi le corps médical, à un déni de ses limites et à l'exigence d'une guérison totale et rapide [] Le refus de la mort et de la maladie s'ancre à la fois dans ce fantasme d'invincibilité pour le patient et dans une certaine illusion d'omnipotence pour le médecin. Pourtant, le « deuil » de la toute-puissance narcissique du médecin est un cheminement difficile mais nécessaire à la poursuite de son activité »¹³⁴.

Par ailleurs, une étude a été menée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs Salariés en 2004, sur les pratiques de la chirurgie bariatrique. Sur 1138 interventions réalisées entre le 1er décembre 2002 et le 31 janvier 2003, 72,9 % des actes ont été réalisés dans le secteur privé libéral. Cette répartition de l'activité pose la question d'un système répondant à une logique davantage financière qu'aux besoins de santé publique et aux besoins propres du patient. La réorientation, a posteriori, des patients vers les systèmes de soins publics pour les effets secondaires à la chirurgie vient soutenir cette interrogation.

Conformément aux recommandations de la HAS, la formation des professionnels émerge aussi du fait de l'importance d'une prise en charge pré et post-opératoire conjointe par une même équipe pluridisciplinaire et spécialisée dans la chirurgie bariatrique. De cette manière, à chaque étape de la prise en charge, cette équipe peut préparer le patient, en renforçant le rôle de chaque professionnel membre de l'équipe, à investir et intégrer son projet d'amaigrissement dans sa globalité, aussi complexe soit-elle. De la sorte, les enjeux du suivi psychologique et/ou psychiatrique, immédiat et à long terme, pourraient ne plus être portés par le seul professionnel responsable de l'évaluation psychosociale préopératoire.

Pour conclure, l'hypothèse est qu'une (in)formation des équipes professionnelles, comme cela se fait dans certains centres, permet une meilleure information des patients. L'alliance thérapeutique (au sein même de l'équipe pluridisciplinaire d'une part, avec le patient d'autre part) est alors potentialisée et garantit un suivi régulier source d'une réduction des effets secondaires de la chirurgie bariatrique.

1.4 Les recommandations internationales au sujet des indications à la chirurgie bariatrique et de l'évaluation psychosociale préopératoire

Selon *The International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders* (IFSO) et son rapport de 2013¹³⁵, la chirurgie bariatrique est plus particulièrement pratiquée par les Etats-Unis et le Canada (198 442 actes), le Brésil et l'Argentine (134 148 actes), l'Europe pour laquelle la France se classe en première position (41 648 actes pour ce seul pays) et l'Australie (15 136 actes). Les recommandations de ces différents groupes ont été examinées.¹⁶

1.4.1 Les auteurs

Différentes associations américaines, regroupant des professionnels spécialisés et intervenant autour de la chirurgie de l'obésité¹⁷, ont publié en 2013 des recommandations au sujet de la prise en charge métabolique, nutritive et non-chirurgicale des patients candidats à la chirurgie bariatrique¹³⁶. Ces recommandations ont été actualisées en 2019.

« Obésité Canada » est un organisme canadien constitué de professionnels de la santé, de chercheurs, de responsables politiques, et de personnes intéressées par l'obésité. En partenariat avec « l'Association Canadienne des Médecins et Chirurgiens Bariatriques » ils ont émis des recommandations en 2020 sur le travail préparatoire des patients à la chirurgie bariatrique¹³⁷. Ces recommandations ont été complétées par d'autres, spécifiques à la gestion de la santé mentale dans l'obésité¹³⁸.

Les ministères de la Santé argentin et brésilien ont édité respectivement des recommandations en 2013¹³⁹ et 2007¹⁴⁰. L'Association brésilienne pour l'étude de l'obésité et du syndrome métabolique (Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica) a émis des recommandations mises à jour en 2016.¹⁴¹

¹⁶ Dans les limites de la disponibilité d'articles traduits en Anglais

¹⁷ *American Association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology, The Obesity Society, The American Society for Metabolic and Bariatric Surgery, The Obesity Medicine Association, The American Society of Anesthesiologists*

En France, les recommandations en vigueur ont été rédigées par la Haute Autorité de Santé en 2009 et concernent spécifiquement la prise en charge chirurgicale de l'Obésité¹⁴². L'Association Européenne pour l'étude de l'obésité et l'équipe Européenne membre de la Fédération Internationale de la chirurgie de l'obésité (*International Federation for the Surgery of Obesity*, IFSO) ont rédigé des recommandations à l'échelle Européenne en 2014 et mises à jour en 2020¹⁴³.

Pour répondre à la demande du ministère de la santé et du vieillissement du gouvernement Australien, *The National Health and Medical Research Council* (NHMRC) a publié en 2013 des recommandations sur les stratégies de prise en charge du surpoids et de l'obésité en Australie¹⁴⁴.

Les premières recommandations Asiatiques émises datent de 2008. Ce sont les recommandations en vigueur actuellement. Elles ont été rédigées par *The Asia-Pacific Metabolic and Bariatric Surgery Society* (APMBSS) et la section Asiatique et Pacifique de la fédération internationale pour la chirurgie de l'obésité et des troubles métaboliques. Il était nécessaire d'établir des recommandations spécifiques de cette population pour différentes raisons : la population Asiatique est plus sujette au diabète de type 1 que les populations occidentales (pour un IMC identique), le pourcentage de graisse corporelle de cette population est beaucoup plus élevé que celui des caucasiens, le rapport taille/hanches est plus élevé, le risque de syndrome métabolique commence à un niveau relativement normal d'IMC...¹⁸

1.4.2 Les indications

¹⁸ C'est aussi pour ces raisons que les normes OMS de l'IMC ont été adaptées. Pour rappel : Un IMC non pathologique est compris entre 18,5 et 22,9 kg/m², le surpoids est défini selon un IMC compris entre 23 et 24,9 kg/m², l'obésité par un IMC ≥ 25 kg/m² pour la population asiatique.

En France, les indications à la chirurgie de l'obésité résultent d'une décision collégiale prise lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire :

- IMC > ou = à 40kg/m² ou bien IMC > ou = à 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (maladies cardio-vasculaires 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 ostéoarticulaires invalidantes, stéatose hépatique non alcoolique).
- en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique conduit méticuleusement pendant 6 à 12 mois.
- en l'absence d'une perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids.
- après une information et une évaluation préalable pluridisciplinaire du patient.
- pour un patient ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme.
- avec un risque opératoire acceptable.

Il est précisé dans les recommandations Européennes que l'IMC peut être l'IMC actuel ou l'IMC maximal atteint selon les modalités suivantes :

- Une perte de poids résultant de la prise en charge pré-chirurgicale, qui entrainerait un IMC inférieur aux seuils définis ci-dessus, n'est pas une contre-indication à la chirurgie programmée antérieurement.
- La chirurgie est indiquée après échec des tentatives de perte de poids ou échec du maintien à long terme de cette perte de poids, malgré une prise en charge médicale adaptée.

Aux Etats-Unis, l'incontinence urinaire fait partie des comorbidités susceptibles de s'améliorer avec la chirurgie et est donc une indication supplémentaire pour des patients avec un IMC ≥ 35 kg/m². De la même manière, l'hypertension intracrânienne idiopathique, le reflux gastro-œsophagien, une maladie de stase veineuse sévère, une réduction sévère de la mobilité, une qualité de vie considérablement altérée sont d'autres indications en cas d'IMC ≥ 35 kg/m². Des opérations peuvent également être réalisées lorsque l'IMC est compris entre 30 et 34.9 kg/m² et que le contrôle glycémique d'un diabète de type 2 est insuffisant malgré un régime optimal et un traitement médicamenteux.

La chirurgie peut aussi être indiquée selon les recommandations Canadiennes pour des patients dont les IMC sont compris entre 30 et 34,9 kg/m² et dont la prise en charge non chirurgicale ne permet pas de bénéficier sur les comorbidités associées à l'obésité et notamment le diabète de type 2. Comme en France, des recommandations spécifiques aux adolescents ont aussi été émises¹⁹.

Les recommandations brésiliennes reposent sur les mêmes normes d'IMC que les recommandations de la HAS. Toutefois, elles précisent que l'intervention chirurgicale est réservée à un traitement de seconde intention et doit, prendre plus particulièrement place après une psychothérapie. Aussi, la chirurgie ne peut être réalisée qu'au sein d'une équipe hospitalière accréditée en tant qu'unité de soins de haute complexité pour les patients obèses. Si le pronostic vital est engagé par une comorbidité de l'obésité, la chirurgie est indiquée lorsque l'IMC est > 40 kg/m². Elle l'est également si l'IMC est compris entre 35 et 39,9 kg/m² et que le patient est atteint de maladies chroniques déclenchées ou aggravées par l'obésité.

En Argentine, l'âge minimal requis est 21 ans selon les recommandations en vigueur. Il n'y a pas d'âge maximal. L'obésité doit avoir été prise en charge par des méthodes non chirurgicales pendant un minimum de cinq ans (les comptes-rendus cliniques des centres dans lesquels le patient a été évalué doivent être fournis). Il est également demandé d'avoir essayé des traitements non chirurgicaux pour contrôler l'obésité, sous contrôle médical mensuel, depuis au moins 24 mois. La stabilité psychologique est un critère d'accès à la chirurgie. Ces indications sont celles du système de soins public. Les indications du système de soins privé sont moins restrictives¹⁴⁵.

Aussi, les recommandations américaines et européennes alertent sur le fait que les normes de l'IMC diffèrent pour la population asiatique. En effet, les recommandations asiatiques préconisent la chirurgie bariatrique pour des patients âgés de 18 à 65 ans dans les cas suivants :

- IMC \geq 35 kg/m² avec ou sans comorbidités
- IMC \geq 32 kg/m² avec une comorbidité

¹⁹ Se référer à l'article <https://obesitycanada.ca/guidelines/preop/> pour de plus amples informations.

- IMC ≥ 30 kg/m² si l'obésité est de type androïde (tour de taille ≥ 80 cm pour les femmes et ≥ 90 cm pour les hommes) avec au moins 2 critères additionnels du syndrome métabolique. Pour tous, la chirurgie doit être envisagée uniquement après l'échec du traitement des comorbidités par modification du mode de vie associée à un traitement médicamenteux.

1.4.3 Les contre-indications

Selon les recommandations américaines, la chirurgie n'est pas indiquée lorsque le suivi à long terme du patient paraît impossible, lorsqu'il existe un antécédent d'abus de substance ou lorsqu'un trouble psychiatrique est insuffisamment contrôlé. Une évaluation par un spécialiste est alors nécessaire.

Les recommandations européennes semblent plus approfondies puisqu'elles apportent des précisions en termes de diagnostics psychiatriques. Elles recommandent une contre-indication de la chirurgie en cas de maladie psychotique non stabilisée, de dépression sévère ou d'un trouble alimentaire actif sauf si la chirurgie est expressément conseillée par un psychiatre expérimenté dans l'obésité. Elles précisent qu'un trouble de la personnalité est une contre-indication relative qui nécessite une évaluation par un psychiatre expert en obésité. L'absence d'un support socio-familial stable et une incapacité à prendre soin de soi sont aussi des critères de contre-indication.

Les recommandations françaises précisent que les troubles cognitifs sévères et les maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme sont également des contre-indications.

En Australie, la présence d'une maladie gastro-intestinale sévère, d'une pathologie tumorale active, d'une maladie cardiaque ou pulmonaire non stabilisée, d'une affection hépatique avancée avec hypertension portale ou d'une affection auto-immune ou sanguine sévère sont des contre-indications supplémentaires énumérées avec plus de précision. Une alimentation compulsive est une contre-indication relative relevant d'une prise en charge psychologique préopératoire. En cas de troubles psychiatriques sévères (bipolarité,

schizophrénie, psychose), des soins appropriés doivent être délivrés par un psychiatre ou un psychologue mais la chirurgie bariatrique demeure possible.

Au Brésil, les contre-indications concernent les mineurs, les plus de 65 ans, les personnes présentant un trouble cognitif ou addictif. Le patient et sa famille doivent s'engager à un suivi illimité. Si l'obésité est due à une maladie endocrinienne (par exemple, le syndrome de Cushing dû à une hyperplasie surrénalienne) la chirurgie n'est pas indiquée. Les recommandations argentines ne soutiennent pas non plus la chirurgie en cas d'obésité imputable au syndrome de Cushing, à une acromégalie, à un hypogonadisme ou à tout autre maladie hypothalamique. La grossesse et l'allaitement sont des critères de contre-indication au même titre que la dépression sévère ou tout autre pathologie psychiatrique avec un comportement autodestructeur.

Les recommandations canadiennes ne font pas état de contre-indications absolues. Néanmoins, une maladie psychiatrique non stabilisée, un trouble de l'usage des substances, l'incapacité à un suivi à long terme, une pathologie tumorale ou une autre pathologie associée à une espérance de vie réduite peuvent être des critères faisant considérer que la chirurgie n'est pas appropriée au patient en raison d'un haut risque de complications à court ou long terme.

1.4.4 Les techniques chirurgicales

L'ensemble des recommandations internationales évoquées préconisent les quatre techniques préalablement présentées : l'anneau gastrique ajustable, la gastrectomie longitudinale ou *sleeve gastrectomy*, le *bypass* gastrique, la dérivation biliopancréatique ou switch duodéal.

Les recommandations américaines sont les seules à préciser que des procédures bariatriques endoscopiques plus récentes peuvent être envisagées pour certains patients avec un mode de vie structuré continu et durable avec ou sans traitement médical.



Figure 13 : procédures bariatriques chirurgicales et non-chirurgicales

Sources: Mechanick JI, Apovian C, et al. *Clinical practice Guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical support of patients undergoing bariatric procedures.* 2019

1.4.5 Les spécialités professionnelles à impliquer dans la prise en charge

Les recommandations françaises suggèrent que l'évaluation préalable à la chirurgie soit réalisée par l'équipe pluridisciplinaire en charge du patient. En lien avec le médecin traitant et éventuellement avec les associations de patients, ces équipes sont constituées au minimum d'un chirurgien, d'un médecin spécialiste de l'obésité (nutritionniste, endocrinologue ou interniste), d'une diététicienne, d'un psychiatre ou d'un psychologue et d'un anesthésiste-réanimateur. Ces équipes peuvent prendre l'avis d'autres professionnels de santé autant que besoin selon un accord professionnel : Hépatogastro-entérologue, Diabétologue, Radiologue, Cardiologue, Pneumologue, Rhumatologue, Médecin rééducateur, Chirurgien-dentiste, Masseuse-kinésithérapeute... Chaque patient doit faire l'objet d'un programme personnalisé d'éducation thérapeutique proposé par une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Il est recommandé que cette concertation ait lieu au cours d'une réunion physique. Le programme doit proposer une prise en charge préopératoire et une prise en charge post-opératoire. En cas de travail psychothérapeutique recommandé

avant l'intervention, il peut être réalisé par un professionnel non membre de l'équipe pluridisciplinaire mais en concertation et avec l'accord de celle-ci.

L'équipe de chirurgie bariatrique, selon les recommandations brésiliennes, comporte au minimum un chirurgien et un autre médecin spécialisé en chirurgie générale ou en chirurgie du système digestif. Les qualifications doivent être prouvées par une inscription au registre des spécialistes des Conseils fédéraux et régionaux de médecine respectifs. L'évaluation préopératoire est organisée selon deux phases. La première consiste en une évaluation par le chirurgien puis par l'endocrinologue et enfin par le psychiatre ou le psychologue. Si les indications à la chirurgie sont respectées et qu'il n'y a pas de contre-indication, la deuxième phase préopératoire prend place avec un bilan complet comprenant une évaluation cardiologique, pneumologique, odontologique, gynécologique et vasculaire.

En Argentine, l'équipe pluridisciplinaire est, au minimum, constituée par un chirurgien expérimenté en chirurgie digestive, chirurgie laparoscopique complexe et ayant suivi une formation spécialisée. Le médecin anesthésiste doit avoir une expérience de prise en charge des patients en situation d'obésité morbide. Un médecin d'une spécialité médicale est également requis en plus d'un psychiatre (ou d'un psychologue) et d'un nutritionniste.

En Australie, l'équipe pluridisciplinaire de chirurgie bariatrique comprend un médecin spécialiste de la chirurgie bariatrique, une infirmière spécialiste de la chirurgie bariatrique, un diététicien, un professionnel de l'activité physique et un psychologue. Si un travail psychothérapeutique est recommandé, il peut être effectué par le médecin traitant ou un professionnel de la santé mentale. Il convient toutefois de s'assurer que chaque patient dispose d'un support psychosocial.

Il est précisé, selon les préconisations américaines, que l'évaluation psychosociale et comportementale soit réalisée par un professionnel diplômé tel un psychologue, un psychiatre ou un infirmier psychiatrique avec des compétences et connaissances spécifiques sur l'obésité, les TCA et la chirurgie de l'obésité.

La prise en charge des enjeux de santé mentale semble détenir une place toute particulière dans les recommandations canadiennes, à la fois pour la chirurgie bariatrique, mais aussi en amont, dans la prise en charge de l'obésité. En effet, un chapitre entier a été consacré au « Rôle de la santé mentale dans la prise en charge de l'obésité »^{146,147}. L'évaluation psychosociale pré-chirurgie bariatrique doit être réalisée par un médecin expérimenté et spécialisé dans la chirurgie bariatrique et ses enjeux psychosociaux avant et après la chirurgie. Il doit détenir des compétences dans les interventions comportementales, la gratification et l'auto-gratification, le recours au soutien social, la restructuration cognitive, les entretiens motivationnels, l'acceptation et pouvoir proposer une approche en accord avec les valeurs du patient.

1.4.6 Les thématiques de l'évaluation psycho-sociale

La Haute Autorité de Santé a précisé brièvement en 2009 quelques thématiques à aborder lors de l'évaluation par un psychiatre ou psychologue de tous les candidats à la chirurgie :

- les contre-indications psychiatriques à la chirurgie : troubles mentaux sévères, addictions...
- la qualité de vie
- les facteurs de stress psychosociaux
- les facteurs de l'obésité et de ses conséquences psychologiques
- la qualité du soutien psycho-familial
- les motivations (pour le suivi à long terme notamment)
- les capacités à mettre en œuvre les changements comportementaux nécessaires
- la vérification des connaissances du patient au sujet de l'obésité et de la chirurgie

Les sociétés expertes américaines n'ont actuellement pas publié de recommandations standardisées sur la conduite de l'évaluation psychosociale des patients candidats à la chirurgie bariatrique. Cependant, elles ont proposé que différents items soient abordés. Ces items ont été organisés selon cinq axes principaux :

- Le comportement alimentaire : l'histoire du poids, la durée d'adhésion aux différentes approches de perte pondérale, la taille des portions, la présence d'un trouble du comportement alimentaire, etc.

- Les troubles de santé mentale (actuels ou passés) : leur sévérité, leur stabilité et la durée de celle-ci, les antécédents d'hospitalisation, le suivi actuel, etc.
- Les ressources disponibles pour le patient : le soutien familial et social, l'engagement conjugal, la présence d'un médecin généraliste, etc.
- L'engagement et la motivation : l'évolution du poids depuis le début du suivi avec le respect des règles hygiéno-diététiques et la pratique d'une activité physique, la perte de poids esperée, etc.

Ces recommandations précisent qu'il est possible d'avoir recours à des tests psychométriques afin d'évaluer les items proposés.

Les recommandations canadiennes sont les plus complètes. Elles encouragent une évaluation psychosociale continue avant et après la chirurgie et notamment des comorbidités psychiatriques. L'évaluation psychosociale doit être menée à l'aide d'un entretien clinique et peut être guidée par des outils standardisés comme le « Boston Interview for Gastric Bypass Assessment » rédigé en 2004 par Stephanie Sogg et DeAnna L. Mori. Cet entretien semi-dirigé est constitué de 7 parties résumées ici :

- 1ere partie : le poids, le régime alimentaire et les antécédents nutritionnels.

Il est demandé au patient de raconter « son autobiographie pondérale » et de déterminer les facteurs psychosociaux et environnementaux de son état de santé actuel, l'impact de l'obésité sur sa vie quotidienne, ses attentes de perte de poids actuelles et passées, les méthodes essayées afin d'atteindre ses objectifs et leurs résultats. Cette partie va permettre de déterminer quelles approches ont été les plus bénéfiques pour le patient. S'il a éprouvé des difficultés à suivre un régime alimentaire structuré et rigide, des recommandations et une adaptation particulière de la prise en charge post chirurgicale pourront être faites. Aussi, il est recommandé de demander au patient d'établir le journal alimentaire de la semaine précédant le rendez-vous et d'analyser ce journal afin d'obtenir des informations qualitatives et quantitatives sur la structure de ses repas tout en prenant en compte le risque de sous-déclaration du patient.

- 2e partie : les comportements alimentaires actuels

Cette partie permet d'identifier des facteurs d'échec de la chirurgie comme une consommation rapide des repas, des prises alimentaires sans la sensation physique de faim, une consommation de grandes quantités de boissons caloriques, une consommation alimentaire compulsive...

- 3^e partie : les antécédents médicaux

Cette partie est aussi réalisée par d'autres professionnels membres de l'équipe pluridisciplinaire. L'enjeu est alors plutôt d'identifier le niveau de connaissance du patient vis-à-vis de sa santé. La connaissance de ses traitements médicamenteux est un facteur prédictif de l'observance des traitements et du régime post-opératoire.

- 4^e partie : la compréhension de la procédure chirurgicale

Il convient d'évaluer les connaissances du patient au sujet des risques opératoires, des soins, du régime et de la prise en charge générale post opératoire. Le professionnel se doit alors de compléter ses connaissances en délivrant des informations complémentaires dans un but d'éducation thérapeutique. Cette évaluation permet de mettre en évidence des indices indirects au sujet de la motivation du patient et de ses fonctions cognitives en évaluant ses habilités à mémoriser et restituer des informations concernant la chirurgie. Un bilan neuropsychologique peut être demandé afin d'approfondir cette évaluation.

- 5^e partie : La motivation et les attentes vis-à-vis de la chirurgie

Il est recommandé de questionner le patient sur ses attentes de perte de poids et sur l'impact de cette prise en charge sur sa santé globale. Pour certains patients, découvrir ce à quoi ils peuvent raisonnablement s'attendre de la chirurgie peut avoir un impact sur leur volonté de s'y soumettre. Aussi, les patients rapportent fréquemment qu'ils s'attendent à un changement de leurs relations sociales. Il peut être utile à cette étape de leur préciser que des changements positifs peuvent aussi s'accompagner de changements négatifs. Par exemple, il n'est pas rare que le conjoint d'un patient opéré puisse se sentir menacé par l'idée que son conjoint devienne plus séduisant après la chirurgie. Aussi, l'opération ne permettra pas immédiatement le développement d'un réseau social riche et de qualité. Des étapes intermédiaires seront le plus souvent nécessaires. Par ailleurs, il convient d'aborder avec le patient les capacités qu'il pense avoir pour suivre le strict régime alimentaire post-opératoire.

Le but étant de savoir s'il fait preuve de « naïveté » face aux changements comportementaux rigoureux nécessaires ou s'il va pouvoir développer de réelles stratégies adaptatives pour faire face à ce défi. L'orientation vers un comportementaliste spécialiste des comportements alimentaires peut s'avérer utile.

- 6^e partie : relations et système de soutien

Comme lors de la 5^e partie, il convient d'estimer si le patient est préparé aux changements relationnels qui peuvent s'opérer après la chirurgie et s'il a identifié les relations bénéfiques des relations plus néfastes qui pourrait l'aider à long terme dans cette prise en charge post-opératoire. Plus précisément, un conjoint qui s'engage à cuisiner des plats « fait-maison » sera une relation plus soutenante qu'un ami invitant le patient à dîner au fast-food. Si le professionnel identifie qu'une relation influente pourrait avoir un effet néfaste sur les objectifs de la chirurgie, le clinicien peut proposer de la recevoir avec le patient avant la chirurgie.

- 7^e partie : le fonctionnement psychopathologique

Comme déjà évoqué, un trouble psychiatrique n'est pas une contre-indication absolue à la chirurgie mais peut soulever d'importantes inquiétudes quant à la capacité du patient à prendre soin de lui de manière appropriée. Il est recommandé aussi dans cette partie de recueillir les antécédents d'impulsivité et d'auto-agressivité du patient (tentatives de suicide et abus de substances). Aussi, il est nécessaire de s'assurer que le patient est en mesure de donner un consentement libre et éclairé à la chirurgie et qu'il sera capable de participer de façon active à sa prise en charge post-chirurgicale.

Le « Toronto Bariatric Interprofessional Psychosocial Assessment Suitability Scale (BIPASS) » est un autre outil recommandé par les instances expertes canadiennes qui permet une approche standardisée de cette évaluation psychosociale pré-chirurgicale. L'échelle d'évaluation du binge-eating, le questionnaire AUDIT (« Alcohol Use Disorders Identification Test »), PHQ-9 (« the Patient Health Questionnaire-9 »), NEQ (« The Night Eating Questionnaire »), EDE-Q (« the Eating Disorder Examination Questionnaire ») sont autant d'outils pouvant être également utiles et recommandés dans cette évaluation.

2 : Analyse des pratiques des psychiatres et psychologues en France par un auto-questionnaire

2.1 La construction de l'auto-questionnaire

2.1.1 Entretiens préalables avec des professionnels impliqués dans l'évaluation psychosociale

Afin de mieux appréhender les problématiques en jeu lors de l'évaluation psychosociale des patients candidats à la chirurgie bariatrique, une première phase de travail a été de rencontrer des professionnels prenant en charge des patients avant leur opération. Cette étape s'est déroulée tout au long de l'année 2020. Les entretiens, non dirigés, étaient l'occasion d'échanger sur la chirurgie bariatrique et sur l'organisation des soins au sein des établissements de soins concernés. L'évaluation psychosociale pré-chirurgie bariatrique en tant que telle était ensuite abordée. Les difficultés rencontrées dans la pratique au quotidien étaient ensuite interrogées.

Les professionnels intervenaient tous, au moment de l'entretien de rencontre, auprès de patients en quête d'une prise en charge chirurgicale de leur obésité. De plus, ils étaient membres d'une équipe pluridisciplinaire organisant des réunions de concertation pluridisciplinaire hebdomadaires au sein de leurs établissements respectifs. Le Docteur AVENET, psychiatre, le Docteur LEDOUX, endocrinologue, Mme RUFIN et Mme DELAPIERRE, toutes deux psychologues, travaillaient au sein du CHU Louis Mourier à Colombes (92). Le Docteur CARICLET, psychiatre, et le Docteur SEMAN, chirurgien viscéral, exerçaient au sein du Grand Hôpital de l'Est Francilien, site de Marne La Vallée, à Jossigny.

Au sein du CHU Louis Mourier, chaque patient souhaitant se faire opérer de son obésité en fait la demande auprès d'un chirurgien ou d'un médecin endocrinologue lors d'une consultation spécialisée. Il est ensuite convié à une journée d'évaluation au sein de l'Hôpital de Jour de l'hôpital durant laquelle il va rencontrer la diététicienne, l'endocrinologue, le psychologue et réaliser les examens complémentaires nécessaires en préopératoire. Tous les

Intervenants ayant rencontré les patients se retrouvent en fin de journée pour une réunion de concertation pluridisciplinaire. La restitution de cette RCP au patient est assurée par l'endocrinologue une semaine plus tard, en consultation. Dans la foulée, le patient revoit la diététicienne et l'éducateur en Activité Physique et Adaptée afin de déterminer le programme de prise en charge pré-chirurgicale. Une évaluation psychiatrique complémentaire, à la demande du psychologue, peut avoir lieu si nécessaire. Le suivi psychiatrique ou psychologique se met en place par la suite. C'est au terme de 6 mois de suivi au minimum que la RCP préopératoire est rediscutée lors d'une réunion avec l'équipe pluridisciplinaire du Centre Spécialisé de l'Obésité et l'équipe de chirurgie digestive.

Au sein du Grand Hôpital de l'Est Francilien de Marne La Vallée, l'organisation de la prise en charge est coordonnée par le chirurgien qui reçoit le patient en premier et l'oriente vers les différents professionnels pour les examens requis en préopératoire. Il est à noter qu'il n'y a pas de psychologue dédié à cette activité.

Il a été abordé ensuite le contenu des consultations de préparation à cette chirurgie. Il a été mis en évidence que les chirurgiens et les endocrinologues récusent les patients sur le plan somatique de manière plutôt consensuelle lorsque les indications selon les critères de l'HAS en vigueur ne sont pas remplies. Sur le plan psychologique et psychiatrique, les avis « réservés », les contre-indications « absolues » et « relatives » étaient quant à eux plus discutés et plus discutables. La variabilité inter-examineurs semblait plus importante tout comme la variabilité intra-examineur. Voici pour rappel et pour illustration du propos, les différents critères de contre-indication à la chirurgie bariatrique émis par la HAS en 2009 dans ses recommandations de la prise en charge de l'obésité en France.

► **Quelles sont les contre-indications de la chirurgie bariatrique ?**

Les contre-indications de la chirurgie bariatrique sont représentées par (accord professionnel) :

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

Figure 14 : contre-indications à la chirurgie bariatrique

Source : HAS. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. 2009.

Sur un plan plus pratique, les Docteur AVENET et Docteur CARICLET ont permis de compléter les informations recueillies lors de l'entretien de rencontre par une invitation à une de leur consultation. Aussi, les guides d'entretien confectionnés et utilisés par Mme RUFIN et Mme DELAPIERRE ont pu être récupérés ainsi que leurs outils d'évaluation psychométriques.

Enfin, ces rencontres ont permis de soulever certaines difficultés²⁰. En premier lieu, lorsqu'il s'agit pour un patient de sa première consultation avec un professionnel en santé mentale, il est crucial de pouvoir établir une relation de confiance et une alliance thérapeutique. Cependant, lorsque la demande de consultation est motivée par l'unique nécessité d'avoir un avis favorable pour un acte chirurgical, il s'agit d'une demande utilitaire. Ainsi, lorsque le professionnel émet un avis autre que celui escompté par le patient, cela impacte la relation thérapeutique, souvent de manière négative, et il devient alors extrêmement délicat de conserver une alliance afin que le patient poursuive un suivi préopératoire et post-opératoire. La mise en place d'un travail psychothérapeutique parfois nécessaire en amont de la chirurgie est rendue pratiquement impossible pour certaines des personnes rencontrées. En second lieu, certains centres n'obligent pas à ce que l'avis psychologique ou psychiatrique soit celui du professionnel membre de la RCP, ce qui a trois conséquences : d'une part, un patient, pour répondre à la demande du chirurgien sera libre d'aller consulter un autre professionnel ; d'autre part, du fait du manque de précision ressenti

²⁰ Les dimensions qui vont être abordées ici l'ont déjà été en partie précédemment. Néanmoins, c'est grâce aux retours des professionnels rencontrés que la réflexion a pu émerger, il était donc nécessaire de rester fidèle aux échanges menés.

dans les recommandations, le chirurgien peut orienter le patient vers un professionnel plus qu'un autre, en fonction de sa pratique. Enfin, une prise de position dissidente de la part d'un professionnel expose à un risque d'évincement (au minimum des réunions de concertation pluridisciplinaire, au maximum de l'équipe pluridisciplinaire en charge du patient). En troisième lieu, même si l'avis rendu par la réunion de concertation pluridisciplinaire est unanime, il existe une variabilité inter-centres telle, qu'il suffira au patient de faire sa demande dans un autre établissement si la première RCP rend un avis défavorable. En quatrième lieu, et pour terminer, même si le travail d'évaluation et d'accompagnement du patient en période préopératoire est conduit de manière optimale, il demeure l'enjeu du suivi post-opératoire. Si le suivi chirurgical est en général honoré de manière régulière, il en est tout autrement pour le suivi psychologique et/ou psychiatrique, exposant le patient à toutes les complications spécifiques et parfois dramatiques de ce suivi.

2.1.2 Les différentes thématiques

Suite aux rencontres « sur le terrain », à l'analyse de leurs grilles d'entretien et à la revue de la littérature, plusieurs thématiques essentielles à l'évaluation psychosociale des patients candidats à la chirurgie bariatrique sont apparues.

La première thématique aborde le comportement alimentaire²¹. Il s'agit tout d'abord de pouvoir évaluer l'histoire pondérale avec précision de manière quantitative (poids maximal, minimal, périodes de stabilisation...). Pour le professionnel évaluateur, cette thématique peut aussi permettre d'explorer, lorsqu'elle prend la forme du discours libre, la construction du récit (discours informatif, clair, difficile à construire...) et peut renseigner sur le rapport qu'a le patient avec son corps, son image et son vécu. Ensuite, interroger le suivi nutritionnel actuel ou passé et les différentes tentatives de réduction pondérale ayant abouti ou non permet de mieux replacer la demande de prise en charge chirurgicale sur un axe

²¹ Ici et de la même manière pour toutes les grilles d'items réalisées dans le cadre de ce travail, la thématique du comportement alimentaire est la première abordée et repose sur l'hypothèse que le patient s'attend à être questionné sur cette dimension ce qui pourrait être favorable à l'élaboration de l'alliance thérapeutique. De plus, les premières données demandées sont des données chiffrées et objectives qui permettent de débiter l'entretien sur un terrain peu couteux sur le plan émotionnel.

temporel et bibliographique. Est-ce une démarche qui prend place suite à des années de conflits avec les kilogrammes et après de multiples démarches qui n'ont pas abouti ? Est-ce une démarche qui émerge au contraire de manière impulsive, reflétant un besoin immédiat sous-tendu par un sentiment d'urgence dans le cadre d'une anxiété spécifique ou générale ? La demande de prise en charge chirurgicale reflète-t-elle la solution de facilité pressentie par le patient qui ne souhaite pas se soumettre à une prise en charge nutritionnelle et physique/sportive qui apparaît immédiatement plus longue et douloureuse ? Cette thématique permet aussi, conformément aux contre-indications émises par l'HAS, d'évaluer si l'obésité actuelle est en lien avec un trouble du comportement alimentaire. Quelles sont les caractéristiques et les spécificités de ce trouble ? Quel impact a-t-il ? Existe-t-il des facteurs de maintien de ce trouble ? De manière plus générale, quels sont les rapports à l'alimentation (envies, sensations de faim et de satiété) et plus globalement encore aux émotions, au plaisir, au réconfort ?

La deuxième thématique est celle qui explore les antécédents psychiatriques personnels et familiaux (troubles de l'humeur, troubles psychotiques, troubles de la personnalité...). Avec comme référence actuelle le DSM-V, il pourrait s'agir d'une partie d'évaluation plus consensuelle entre les professionnels. Elle doit permettre de répondre à la contre-indication « troubles cognitifs et mentaux sévères » mais laissera le professionnel déterminer ce à quoi fait référence « un trouble sévère ». Un diagnostic psychiatrique ? Un trouble psychotique ? Un trouble psychiatrique non stabilisé ? Un trouble psychiatrique non traité ? Par ailleurs, les complications addictives d'une chirurgie de l'obésité sont maintenant bien documentées et cette thématique permet donc de questionner les possibles comorbidités addictives (produits licites, illicites, addictions comportementales...). Elle permet aussi d'interroger les hypothèses étiologiques de l'obésité comme les traumatismes (dans l'enfance ou à l'âge adulte). L'existence de comportements auto-agressifs (actuels ou passés) permet aussi de renseigner le professionnel sur les stratégies dont dispose le patient pour gérer ses émotions.

La troisième thématique questionne les ressources, les attentes et la motivation du patient candidat à la chirurgie bariatrique. Il s'agit d'évaluer de manière quantitative et qualitative les ressources intrinsèques du patient. Quels mécanismes de défense sont à

l'œuvre durant l'entretien par exemple ? De nouveau, quelles sont les stratégies du patient vis-à-vis de la gestion de ses émotions au cours de l'entretien et en dehors ? Aussi, s'est-il déjà renseigné sur la chirurgie et/ou sur l'obésité et quelles sont ses connaissances ? Cela va permettre d'éclaircir le professionnel sur le degré d'investissement du patient dans son projet de chirurgie. Est-il capable d'identifier certains des mécanismes à l'œuvre dans sa problématique actuelle d'obésité ? Quel est son vécu de la stigmatisation et quel impact sur sa confiance en lui ? Est-il en mesure de pouvoir s'adapter aux contraintes du suivi préopératoire, de la chirurgie et surtout aux contraintes post-opératoires (rythme des repas modifié par exemple, suivi médical à long terme...) ? Quel est le regard du patient sur les soins en santé mentale ? Serait-il enclin à un travail psychothérapeutique ? Connait-il les ressources en santé mentale disponibles en cas de complications post-opératoires de cet ordre ? Les motivations du patient sont aussi interrogées. Quelles sont ses attentes et espérances vis-à-vis de cette chirurgie ? Sont-elles réalistes ? Existe-t-il des « croyances magiques » associées à l'opération et à la perte de poids ? Par ailleurs, le patient est-il soutenu par ses proches dans sa démarche ?

Le quatrième thème est axé sur le mode de vie et les habitudes du patient. Il questionne plus particulièrement les normes culturelles et alimentaires du groupe socio-familial dans lequel il s'inscrit. Il tente d'esquisser le rapport du patient (mais aussi, afin d'en saisir plus précisément les tenants et les aboutissants, celui de son groupe socio-culturel) vis-à-vis de la santé en général, du sport et de l'activité physique. Est-il suivi de manière régulière par un médecin traitant ? Le parcours professionnel (implication, stabilité, gestion des conflits professionnels, durabilité des projets...) et les ressources financières actuelles sont aussi abordés. Il est important de savoir par exemple si le patient sera en mesure, d'un point de vue financier, de pouvoir se procurer les compléments alimentaires essentiels en post-opératoire et actuellement non remboursés par l'assurance maladie.

Enfin, la liste des problématiques soulevées n'est pas exhaustive mais l'objectif pour le professionnel évaluateur est de pouvoir notamment, au cours d'une même consultation, faire des hypothèses sur la structure psychopathologique du patient, son contexte économique-socio-familial, savoir s'il présente des contre-indications à la chirurgie et s'il va pouvoir s'inscrire dans une prise en charge à long terme. Les thématiques à aborder sont nombreuses

et une seule consultation peut paraître parfois insuffisante pour évaluer l'ensemble des dimensions nécessaires avant la chirurgie bariatrique. Les thématiques ont été présentées les unes à la suite des autres mais, en réalité, les entretiens prennent généralement, à l'heure actuelle, la forme d'entretiens semi-dirigés. Ce choix permet ainsi de faire facilement des allers-retours entre les différents thèmes. Et même si le professionnel peut omettre d'aborder certains aspects de l'évaluation, l'ensemble des professionnels interrogés s'accordent à dire qu'un entretien entièrement dirigé par un questionnaire peut être un frein à l'alliance thérapeutique si essentielle au suivi postopératoire. Il n'a pas encore été précisé que durant cette évaluation, le professionnel n'a pas seulement un rôle d'évaluateur. Comme tous les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire en charge du patient, il a aussi un devoir d'information auprès du patient, entre autres, sur l'obésité, sur la chirurgie, sur ses complications, sur le déroulement de la prise en charge préopératoire et de la nécessité du suivi, également psychologique, post opératoire. Il a aussi le devoir de vérifier la bonne compréhension de cette information.

2.1.3 Les différentes grilles d'items

La première grille était constituée de 109 items. Elle a été construite dans un souci d'exhaustivité et se voulait fidèle aux dimensions de l'évaluation psychosociale des patients candidats à la chirurgie bariatrique abordées par les professionnels et soulevées par les références bibliographiques. Elle a été présentée à l'occasion d'un staff mensuel aux psychiatres et psychologues du CHU Louis Mourier à Colombes. Il a été décidé au cours de cette réunion que le nombre d'items soit diminué de 2/3 afin de réduire le temps de réponse du questionnaire à 5 minutes environ et ce, pour espérer un plus grand nombre de réponses.

Pour ce faire, une seconde grille de 105 items a été soumise à l'appréciation d'un comité d'experts afin de sélectionner les 35 items les plus intéressants. Le comité d'expert était constitué d'un PUPH, de deux psychiatres et de quatre psychologues réalisant des évaluations de patients candidats à la chirurgie bariatrique depuis plusieurs années. Ces experts pratiquent sur 3 centres parisiens différents, et 5 travaillent uniquement ou majoritairement au sein de structures de soins publiques. La grille d'items leur a été soumise via un formulaire en ligne. Par catégorie, ils devaient sélectionner un certain nombre d'items :

15 items pour la thématique TCA, puis 5 items pour les thématiques « Antécédents et comorbidités », « bibliographie et mode de vie », « motivation » et « ressources ». Après échanges avec le comité et ajustement par rapport au temps de réponse souhaité (entre 5 et 10 min), il a finalement été retenu un nombre d'items plus important que les 35 initialement demandés aux experts. En effet, certains items ne pouvaient être retirés sous peine de manquer de pertinence et le temps pour compléter le questionnaire restait dans la durée impartie.



The screenshot shows a web form titled "Le comportement alimentaire ACTUEL" with a sub-header "Description (facultative)". Below this, there is a question: "Quels sont les 15 items de cette première rubrique vous semblent intéressants pour répondre à l'objectif de ce travail?". There are eight items listed, each with a checkbox:

- IMC
- poids maximal et minimal atteint
- Nature de la courbe pondérale
- âge des premières préoccupations corporelles
- antécédents de régime
- antécédents de surpoids
- nombre de tentatives de réduction pondérale
- le recours à un journal alimentaire

Figure 15, Capture d'écran du formulaire en ligne adressé au comité d'Experts

La grille finale comprend 46 items. Il s'agit des items ayant reçu le plus de votes par catégorie, par le comité d'experts. Ainsi, cette grille a été diffusée, sous la forme d'un formulaire en ligne à nouveau, de manière large aux psychiatres ou psychologues réalisant des évaluations de patients dans le cadre de demande d'avis pour une chirurgie bariatrique. Pour répondre, les professionnels interrogés devaient cocher la fréquence à laquelle ils abordaient chaque item lors de leurs entretiens (« Toujours », « souvent », « parfois », « rarement », « jamais »).

Le comportement alimentaire

Pour chaque ligne, il vous est demandé la fréquence à laquelle vous interrogez l'item correspondant : "

	souvent	très souvent	parfois	rarement	jamais
fréquence de la course-pendulaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
détails sur les tentatives de réduction pondérale (quelles, combien, durée)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
prise alimentaire (craie, durée, fréquence...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
appétences alimentaires spécifiques (sucré, salé, "junk food"...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
présence de compulsions alimentaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figure 16, Capture d'écran de la grille finale soumise aux psychiatres et psychologues

A partir de ce travail, une fiche-outil sous forme de grille a été réalisée, comprenant 94 items. Cette grille a pour but d'être facile à utiliser lors d'une consultation comme support à l'entretien d'évaluation psychosociale des candidats à la chirurgie bariatrique, pour un entretien dirigé. Les items ont donc été regroupés lorsqu'ils abordaient des aspects proches. Une contrainte supplémentaire était de faire tenir tous les items sur un format A4 recto-verso dans une police de taille classique. Cette grille a été distribuée en guise de remerciements à tous les professionnels ayant répondu au questionnaire et ayant laissé leur adresse mail afin de pouvoir servir de guide d'entretien.

GRILLE D'ITEMS POUR L'ÉVALUATION PSYCHO-SOCIALE DES PATIENTS CANDIDATS À LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

I. LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

MC (selon)

Présence d'un trouble alimentaire

Présence de troubles alimentaires par jour et temps moyen

Contexte et cadre de la prise alimentaire

Structuration de l'assiette

Niveau d'appréhension alimentaire

Appétence alimentaire

Présence de grignotage

Présence de binge eating

Présence de compulsions alimentaires

Présence d'hyperphagie nocturne

Présence de crises de boulimie

Présence d'une anorexie

Présence d'une alimentation sélective

Présence de règles alimentaires

Présence de stratégies d'évitement (repas, aliments...)

Présence de rituels (repas, aliments...)

Présence de comportements opposés ou paradoxaux

Présence et durée de chaque comportement alimentaire

Comportement de à-vis de la fibre et de la satiété

Comportement de à-vis des nutriments alimentaires

Comportement de à-vis des nutriments biochimiques

Fréquence des repas

Dépendance

Identification à soi = genres alimentaires = (traces culinaires, rituels...)

Présence d'une obsession du contrôle pondéral

Signification des stratégies de contrôle pondéral

Notion des « actes alimentaires » et de la prise de poids

II. ANTECEDENTS ET COMORBIDITÉS

Antécédents d'un trouble du comportement alimentaire

Antécédents d'un trouble psychiatrique

Antécédents de suivi ou d'hospitalisation psychiatrique

Antécédents d'un trouble anxieux

Antécédents de troubles(s) de santé

Antécédents de traumatismes (aux l'enfance ou à l'âge adulte) : maltraitances, sévices sexuels, deuil...

Consommation de psychotropes (actuelle ou passée)

Trouble de l'humeur bipolaire

Trouble anxieux comorbide

Trouble de la personnalité comorbide

Trouble cognitif comorbide

Trouble du sommeil comorbide

Trouble affectif comorbide

Antécédents familiaux de troubles, deuil ou trouble alimentaire

L. POUYARD (juin 2022)

Figure 17, fiche outil proposée comme guide à l'entretien d'évaluation préopératoire aux participants de l'étude²²

Grille initiale		Grille soumise au comité d'experts		Grille finale du questionnaire diffusé		Grille de la fiche-outil	
Thématiques	Nbr. Items	Thématiques	Nbr. Items	Thématiques	Nbr. Items	Thématiques	Nbr. Items
TCA	40	TCA actuel	33	TCA	15	TCA	33
ATCD et Contre-indications	24	ATCD, Comorbidités	21	ATCD et/ou Comorbidités	12	ATCD, Comorbidités	18
Motivations	17	MDV	20	Ressources, attentes, motivations	13	bibliographie et MDV	14
MDV	14	Motivations	16	MDV	6	Motivations	15
Ressources	14	Ressources	15			Ressources	14
Total items	109		105		46		94

Figure 18 : Tableau récapitulatif des grilles d'items utilisés

²² Fiche-outil disponible dans son intégralité en Annexe 7

2.1.4 Introduction et conclusion au questionnaire

Avant de pouvoir accéder à la grille d'items du questionnaire, le professionnel est invité à renseigner son statut professionnel, son lieu d'exercice, son nombre d'années d'expérience dans le domaine de l'évaluation des patients candidats à la chirurgie bariatrique, sa formation générale et spécifique et son utilisation ou non d'outils standardisés. Ces informations sont demandées dans le but de pouvoir faire d'éventuels rapprochements entre les profils des professionnels et leurs réponses.



The image shows a screenshot of a questionnaire form with four distinct sections, each containing a question and a text input field for the answer. The questions are:

- 1. "Lieu d'exercice (Ex: cabinet libéral à Paris, 15e arrondissement) ?" with the label "Votre réponse:" below it.
- 2. "Nombre d'années exercées en tant que professionnel sollicité pour un avis psychologique ou psychiatrique pré-chirurgie bariatrique ?" with the label "Votre réponse:" below it.
- 3. "Avez-vous suivi une formation spécifique sur la nutrition, l'obésité, les troubles alimentaires, ou autre ? Si oui, laquelle ?" with the label "Votre réponse:" below it.
- 4. "Avez-vous recours à des questionnaires standardisés pour évaluer les candidats à la chirurgie de l'obésité ? Si oui, lesquels ?" with the label "Votre réponse:" below it.

Figure 19, Capture d'écran des questions préalables à la grille d'items

Pour terminer, les personnes qui ont coché une réponse pour chaque item précédent peuvent répondre à trois questions ouvertes courtes. La première concerne les limites de l'accompagnement psychologique voire psychiatrique des patients candidats à la chirurgie de l'obésité. La seconde interroge les attentes des professionnels vis-à-vis de possibles nouvelles recommandations. La troisième consiste à recueillir leurs avis sur l'utilité ou non d'un questionnaire standardisé. Un dernier espace est réservé aux remarques libres. Le choix de terminer le questionnaire sur des réponses qualitatives s'est justifié par la volonté de donner la possibilité aux professionnels de s'exprimer plus amplement sur leurs pratiques, et d'alimenter ainsi la réflexion sur les problématiques au plus près des réalités de la clinique.

2.2 La diffusion du questionnaire

2.2.1 Les moyens de diffusion

La diffusion du questionnaire a été réalisée principalement par mail ou téléphone. La population cible (à savoir les psychiatres et psychologues réalisant des évaluations psychosociales pour les candidats à la chirurgie bariatrique) a été contactée sur la période allant du 1er juillet au 31 décembre 2021.

Au total 70 contacts ont été initiés (55 par mail et 15 par téléphone) donnant lieu à 23 réponses directes au questionnaire, 12 transferts vers des collègues plus à même de répondre, 18 contacts n'ont pas abouti. Pour les 17 contacts restants, les données n'ont pas permis d'identifier s'ils étaient restés sans suite ou s'ils avaient donné lieu à une réponse au questionnaire de manière anonyme.

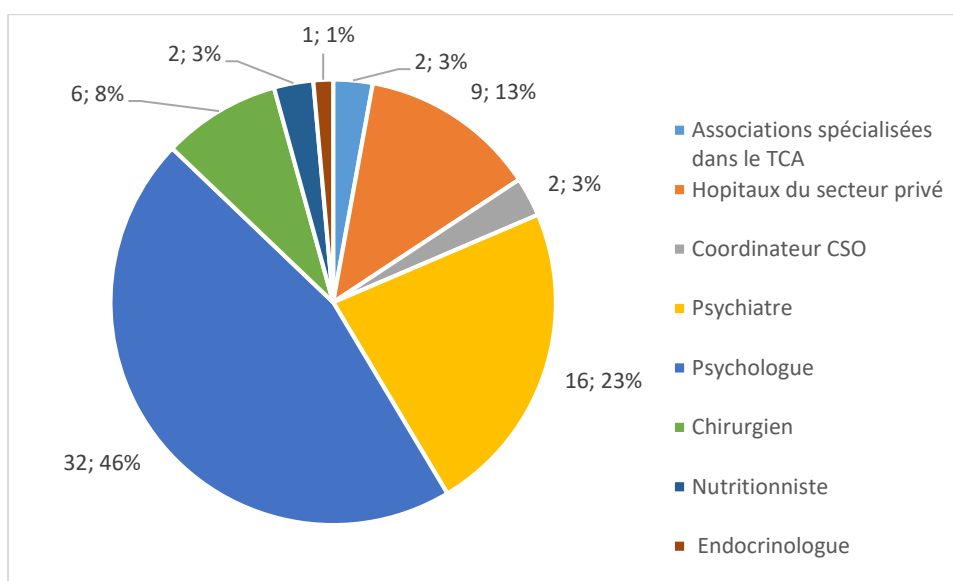


Figure 20, Répartition des contacts pris

Par ailleurs, en complément, le questionnaire a fait l'objet de deux présentations physiques. La première, lors d'un staff pluridisciplinaire en janvier 2021 à L'hôpital Louis Mourier et la seconde lors d'un autre staff pluridisciplinaire en octobre 2021 à l'Hôpital

Européen Georges Pompidou. Il est fort probable que ces deux présentations aient eu un impact positif sur la diffusion du questionnaire.

2.2.2 L'échantillonnage des professionnels

Au total, 31 réponses ont été obtenues, mais une réponse a dû être exclue car le professionnel (ni psychologue, ni psychiatre) ne répondait pas aux critères d'inclusion. Sur les 30 réponses restantes, les psychiatres étaient représentés à 36,67% (n=11) et les psychologues à 63,33% (n=19).

En ce qui concerne le lieu d'exercice, 53,33% (n=16) des participants exerçaient dans le secteur public, 36,67% (n=11) uniquement dans le secteur privé (clinique ou cabinet libéral), 0,1% avaient une activité mixte (n=3).

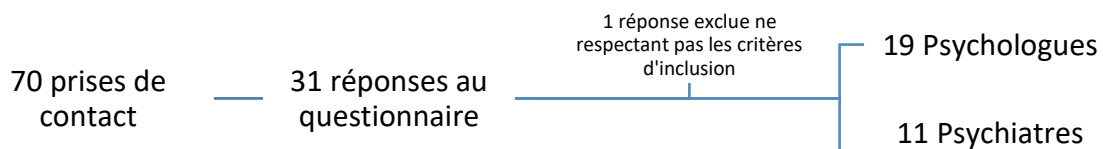


Figure 21, Diagramme de flux des réponses à l'auto-questionnaire

La moyenne du nombre d'années d'expérience professionnelle des personnes ayant répondu au questionnaire dans l'évaluation psychosociale des patients candidats à la chirurgie bariatrique est de 7,08 années avec un écart type de 6,04. Plus précisément, 53,33% (n=16) a plus de 5 ans d'expérience dont 31,25% (n=5) plus de 15 ans d'expérience (ce qui représente in fine 16,67% de l'effectif total). 46,67% (n=14) de l'effectif a moins de 5 ans d'expérience dont 28,57% (n=4) a tout au plus un an d'expérience (ce qui représente 13,33% de l'effectif total).

A propos de la formation à l'évaluation psychosociale des candidats à la chirurgie bariatrique, 70% (n=21) des professionnels interrogés déclarent ne pas avoir de formation spécifique, 20% (n=6) ont un diplôme universitaire dans un domaine en lien avec les troubles du comportement alimentaire, l'obésité ou la nutrition, 10% (n=3) rapportent avoir suivi des formations ponctuelles par des organismes spécialisés dans l'obésité ou le trouble du comportement alimentaire.

Concernant l'utilisation des questionnaires standardisés lors des entretiens d'évaluation, 50% (n= 15) des professionnels interrogés déclarent ne pas y avoir recours. Les 50 % restants (n=15) déclarent utiliser des questionnaires occasionnellement ou systématiquement parmi lesquels l'échelle d'anxiété et de dépression HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) (n=7) et l'échelle de dépression MADRS (Le Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) (n=3) principalement.

2.3 Les résultats de l'auto-questionnaire

2.3.1 Les résultats quantitatifs

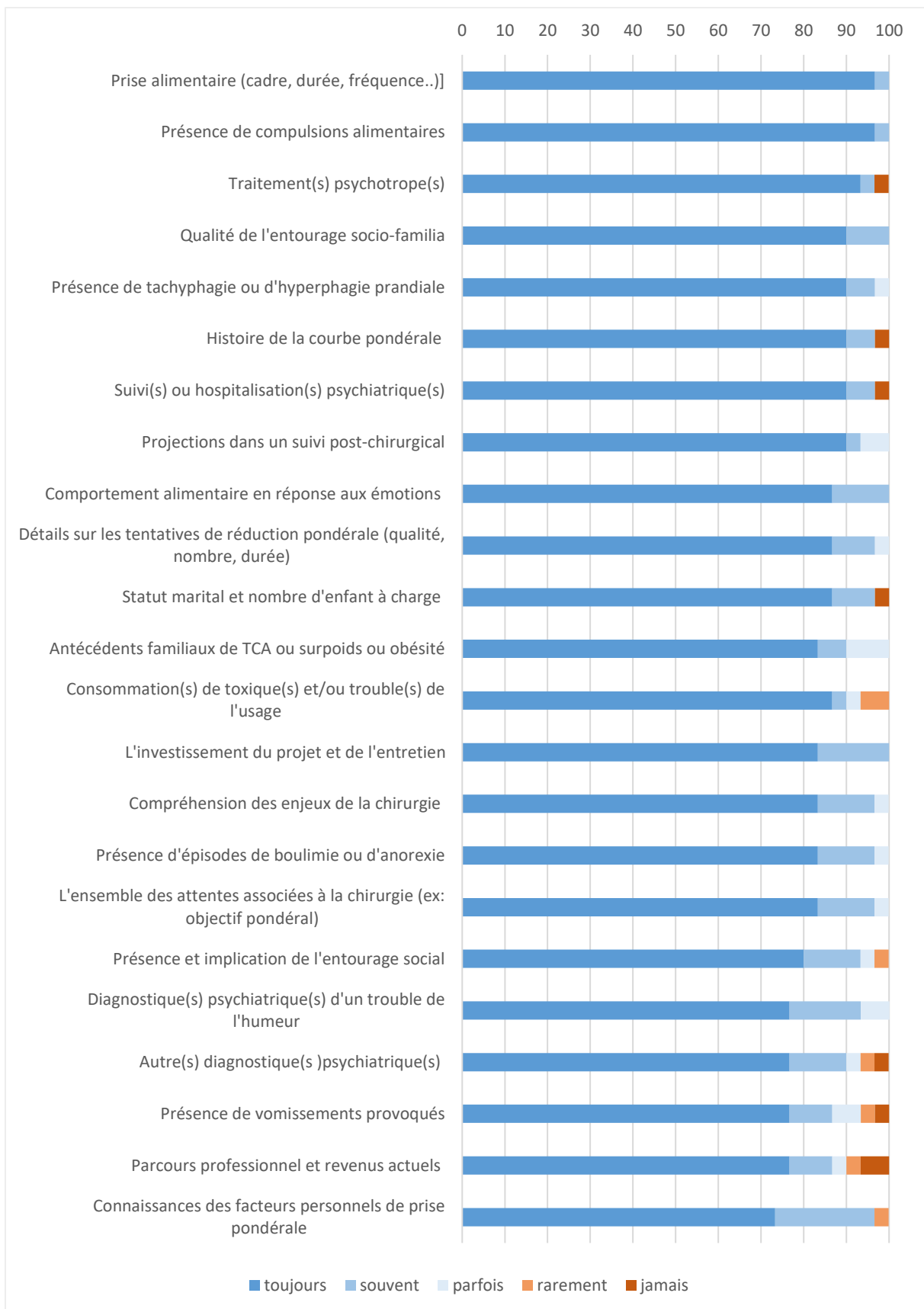


Figure 22 : Fréquence à laquelle les psychiatres et psychologues interrogent les items de l'auto-questionnaire soumis (partie 1/2)

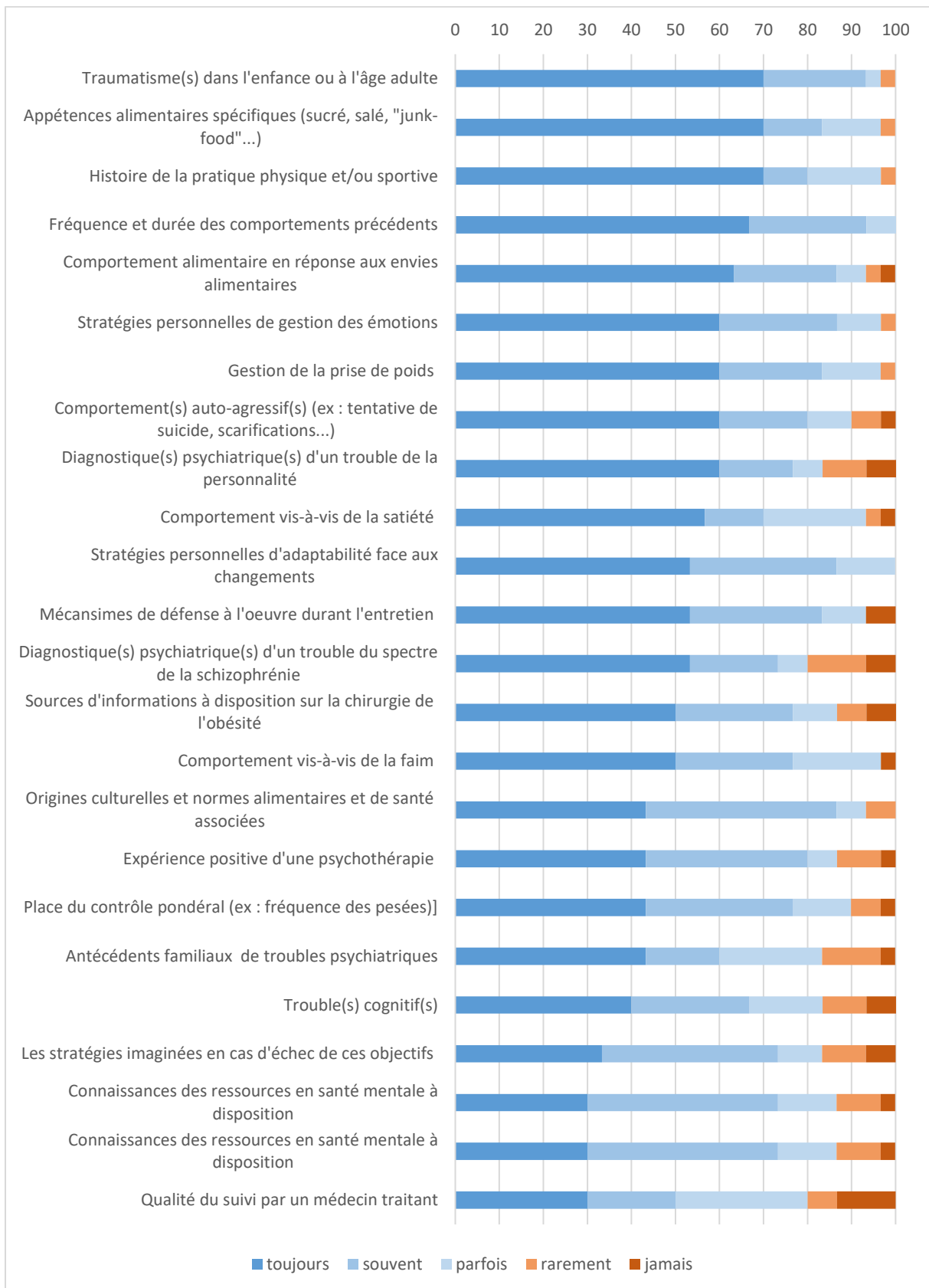


Figure 23 : Fréquence à laquelle les psychiatres et psychologues interrogent les items de l'auto-questionnaire soumis (partie 2/2)

2.3.2 Les résultats qualitatifs²³

Quelles sont, selon vous, les limites de l'accompagnement psychiatrique ou psychologique à la chirurgie de l'obésité aujourd'hui ?

Cette première question ouverte a fait l'objet d'un total de 53 verbatims. Quatre thèmes principaux se dégagent par ordre de fréquence décroissante : L'adhésion du patient à la prise en charge psychique (n=26), les difficultés d'accès aux soins (n=13), l'absence de consensus professionnel (n=8) et le manque de travail pluridisciplinaire (n=6).

Ainsi, le premier thème majeur qui se dégage (n=26) est celui de l'adhésion du patient à la prise en charge psychique selon le décompte suivant :

- Par 6 fois, les praticiens ont répondu que l'adhésion aux soins du patient était une limite en soi : *« L'adhésion de certains patients », « L'implication des patients », « La non demande des patients pour rencontrer ce type de professionnels », « Les patients viennent pour une chirurgie, non pas dans une démarche psychothérapeutique et peuvent ne pas investir le suivi », « si le patient n'est pas en demande il est compliqué de l'accompagner dans sa démarche », « Motivation des patients d'où la nécessité de débiter une prise en charge psychothérapeutique AVANT la chirurgie pour espérer que le patient ait pu investir suffisamment le lien thérapeutique pour poursuivre ce travail en post-opératoire... »*. Deux thérapeutes ont, plus précisément, imputé cette non-adhésion à l'obligation du suivi psychique : *« biais lié à l'obligation de suivi psychologique/psychiatrique », « L'accompagnement psychologique étant obligatoire, certains viennent parce qu'ils n'ont pas le choix mais ils n'en voient pas forcément l'intérêt. Il y a peu d'investissement de la part de ce type de patient. »*

- En effet, à 6 autres reprises, le problème des ruptures de suivi en post-opératoire a été soulevé : *« Défaut de compliance au suivi psychiatrique après la chirurgie bariatrique », « motivation post chirurgie qui s'émousse et souvent rupture de suivi », « Il serait important d'encadrer davantage les patients en post-opératoire », « Manque de suivi post op au sein du*

²³ Il a été fait le choix pour cette partie de retranscrire fidèlement les réponses récoltées. De ce fait, les phrases entre guillemets et en italique sont celles écrites par le professionnel ayant répondu au questionnaire et peuvent contenir des abréviations, des atypies orthographiques ou syntaxiques...

parcours », « Temps limité pour accompagner en post opératoire », « Facilité de l'opération réduit l'implication à long terme du patient ».

- Les praticiens interrogés ont également rapporté qu'un seul entretien préopératoire était insuffisant. Cette idée a été rapportée de 4 manières : *« Pour moi l'évaluation n'est pas un accompagnement », « Pas assez de séances prévues et trop espacées pour un suivi de qualité et effectif », « pour accompagner de manière régulière les patient.e.s, un entretien préopératoire est loin d'être suffisant », « Souvent on ne voit qu'une fois les patients et ça serait utile parfois de les voir plus [...] ».*

- Le manque de temps a été abordé 4 fois : *« le manque de temps », « Manque de temps pour bien prendre en charge les patients », « le manque de temps pour le suivi pré et post op », « Il y a besoin de temps pour favoriser un changement sur le plan psychologique et les patients sont souvent pressés ».*

- L'impact de la psychopathologie du patient est évoqué 3 fois : *« Difficulté à accompagner les patients ayant des troubles de la personnalité (alliance thérapeutique fastidieuse », « difficulté face à certains profils psychiatriques de patients qui limitent de par leur pathologie notre action », « le manque d'authenticité ».*

- Un professionnel a estimé qu'une des limites à l'accompagnement était le défaut d'information du patient *« souvent mauvaise information des patients ».*

Le second thème majeur abordé par les professionnels (n=13), a été celui des difficultés d'accès aux soins selon le décompte suivant :

- A 5 reprises, un manque quantitatif a été soulevé : *« difficultés à trouver un psychiatre », « [Entretien] souvent limité à une évaluation faute de moyens [humains]», « CMP débordés qui parfois refusent nos patients », « désert psychiatrique avec des villes moyennes dans lesquelles il n'y a plus aucun psychiatre libéral, laissant les CMP seuls en charge des soins psychiatriques tout-venant », « Manque de relais en psychiatrie pour les patients les plus lourds ».*

- A 4 reprises, une des limites à l'accompagnement rapportée a été un manque qualitatif : « le manque de psychologues spécialisés dans la prise en charge de l'obésité/chirurgie bariatrique », « La carence en professionnels formés », « Le manque de psychiatres formés », « équipes non compétentes qu'il faut former ».

- A 4 reprises, le coût des soins a été évoqué : « le coût onéreux en général des suivis psychologiques en libéral », « La limite principale est la question financière, de nombreux patients ne reviennent pas en post-opératoire car les consultations psy ne sont pas remboursées », « L'adhésion des patients concernant le suivi psychologique est hélas bien souvent limité par le coût financier [...] », « pas de prise en charge financière quand patient démuné ».

Le troisième thème invoqué a été le manque de consensus professionnel (n=8) selon le décompte suivant :

- Par 4 fois ce thème a été soulevé en tant que tel « Le flou concernant les critères d'évaluation », « L'absence de critères clairement établis et exhaustifs concernant les contre-indications psychologiques à la chirurgie », « absence de standardisation acceptée », « absence d'évaluation standardisée ».

- A 2 reprises, le manque d'étude a été rapporté : « Le manque d'outils prédictifs par rapport aux facteurs de risque », « Manque d'études comparatives ».

- A 2 reprises également, une des limites invoquée est l'hétérogénéité des pratiques : « [les entretiens] sont dépendants des praticiens et de leurs référentiels », « Manque de collégialité entre les professionnels psy autour de la chirurgie bariatrique ».

Le quatrième thème abordé (n=6), comme étant une limite à l'accompagnement psychologique ou psychiatrique, a été le manque de cohésion dans le travail pluridisciplinaire selon le décompte suivant :

- Un professionnel a, par exemple, explicité son propos de la sorte « *La limite principale est l'idéalisation par les professionnels et les équipes de l'accompagnement psychologique. Si les psychothérapies étaient aussi "puissantes" que semblent le penser certains, il n'y aurait pas besoin de modifier chirurgicalement les systèmes digestifs. Dans l'obésité, le biologique prévaut toujours* ».

- A 5 reprises, le manque de cohésion pluridisciplinaire a été évoqué comme tel : « *Le maillage pluridisciplinaire (A la fois pour l'orientation et pour les échanges pluridisciplinaires pendant le parcours)* », « *par l'équipe de chirurgie, de la place du suivi et de l'évaluation psychique nécessaire avant et après chirurgie* », « *banalisation par certains chirurgiens de cette prise en charge* », « *en cas de refus ou d' inquiétude exprimé par le psychiatre, le chirurgien peut orienter son patient vers un psychiatre non formé à la chirurgie de l'obésité et obtenir un avis favorable non éclairé* », « *Difficulté à temporiser [l'urgence de la demande des patients] mais également auprès des équipes* ».

Enfin, un professionnel a invoqué le niveau culturel comme étant un facteur limitant la prise en charge.

Quelles seraient vos attentes vis-à-vis de nouvelles recommandations ?

Cette question ouverte a fait l'objet d'un total de 41 verbatims regroupés selon 3 catégories différentes²⁴ : les réponses concernant le parcours de soins (n=23), celles concernant le contenu qualitatif de la prise en charge psychique (n=10) et celles concernant l'application des recommandations actuelles (n=8). De plus, deux professionnels ont rapporté ne pas avoir d'attente particulière vis-à-vis de nouvelles recommandations.

La première catégorie regroupe les réponses en lien avec le parcours de soins dans sa globalité (n=23) selon le décompte suivant :

²⁴ A noter qu'à cette question, trois réponses n'ont pas pu être intégrés au décompte précédent car jugées trop peu explicites (« je ne sais pas », « ? », « ? »)

- Les professionnels rapportent souhaiter plus de consultations à 15 reprises : « Une évaluation obligatoire c'est bien mais il faudrait un peu plus... », « [...] plusieurs séances pour avoir le temps de faire connaissance, dans le sens "avoir accès au sujet" », « meilleures possibilités de suivi ». En préopératoire notamment « Une préparation d'au moins un an avant l'opération », « minimum 3 entretiens avec un psychologue / psychiatre », « Une évaluation en plusieurs temps (2 entretiens) », « une évaluation plus longue (3 entretiens minimum) si celle-ci est faite en libéral », « Insister sur le fait que le suivi est essentiel en pré op mais aussi en post op. Une visite chez le psycho en pré op est trop peu ». Mais aussi en post-opératoire « un suivi psychologique post chirurgie bariatrique », « un suivi pre op de 3 consultations au moins et suivi post op à vie », « le suivi post op doit s'étaler au moins sur une année », « un suivi systématique post-opératoire », « accorder plus d'importance au suivi psychologique pré et POST opératoire ». Dans le but d'augmenter le nombre de consultations toujours, un professionnel suggère « Une double évaluation psychologique et psychiatrique » et un autre « Augmenter le nombre de psychologues pour maximiser les consultations ».

- La prise en charge financière a été soulevée 3 fois : « des suivis accessibles financièrement », « la prise en charge des séances psy et diet en post-chir en respectant la tarification du praticien. », « parcours de prise en charge remboursé intégralement avec consultation diet et psy ».

- Le thème de la formation des professionnels est revenu à 3 itérations : « La formation des professionnels (n'étant pas formée moi-même) », « une formation d'un CSO qui est normalement le centre de référence », « Que l'évaluation soit faite uniquement par des psychiatres (ou psychologues) ayant reçu une formation sur les recommandations de chirurgie bariatrique ».

- Un praticien a proposé la mise en place d'un contrat de la sorte : « signature d'un contrat de soin établie entre l'équipe de soins pluridisciplinaire et le patient, expliquant clairement les pré-requis à l'intervention, et les suivis indispensables (diet, chir, psy) post op ainsi que la durée ».

- Un autre praticien a rapporté le souhait suivant « qu'elles soient adaptées à l'offre de soins psychiatriques »

La seconde catégorie regroupe des attentes en lien avec le contenu de la prise en charge psychosociale (n=10) selon le décompte suivant :

- Les professionnels souhaitent une réécriture des indications et contre-indications par 6 fois : « *[des recommandations] plus claires* », « *Changement des contre-indications HAS* », « *guideline/CI* », « *des critères clairs sur les contre-indications à la chirurgie* », « *Des critères exhaustifs prenant en compte non seulement les ATCD de TCA, les ATDC psychiatriques mais également les difficultés de régulation émotionnelle, les psychotraumas et les troubles de l'attachement qui sont des facteurs de risques importants pour le post-opératoire (donc pas uniquement les diagnostics mais également les mécanismes dysfonctionnels)* », « *Ouvrir sur la nécessité de la prise en charge des TCA même mineurs en pré-op* ».

- 2 professionnels expriment être en attente d'un questionnaire : « *avoir une trame de questions pourrait aiguiller ma manière d'accompagner mes patients, pour être sûre de ne rien oublier d'important* », « *questionnaire mis à disposition* ».

- 2 professionnels ont rapporté avoir des attentes concernant le suivi post-opératoire : « *adaptation et surveillance des traitements psychotropes en post opératoire (absorption, concentration plasmatique) en fonction des différentes chirurgies de l'obésité* », « *meilleures connaissances des risques post-op* ».

Une troisième catégorie concerne la mise en pratique des recommandations actuelles (n=8) selon le décompte suivant :

- A 4 reprises, le non-respect des contre-indications actuelles a été évoqué : « *une prise en compte réelle des recommandations actuelles... Les ATCD psychiatriques et addictifs ne sont pas explorés pas plus que les TCA passés ou actuels ou encore les ATCD traumatiques. Les capacités cognitives, la compréhension ne sont pas évaluées pas plus que la qualité des ressources internes et externes...* », « *trop d'avis favorables rendus sans recherche d'antécédents ou sans questionner les projections du patient dans l'après chirurgie et trop peu questionnent les risques de bascules anorexiques* », « *Beaucoup trop de psychiatres ou psychologues se contentent de vérifier que le patient ne présente pas de décompensation psy* ».

actuelle comme si la chirurgie bariatrique était une chirurgie "esthétique" », « il arrive souvent que le psychiatre ou le psychologue n'appartiennent pas à l'équipe pluridisciplinaire. Le patient se voit remettre une liste de praticiens libéraux et choisit. Si le praticien demande un report ou oppose un refus, le patient va en voir un autre jusqu'à ce qu'il obtienne un accord... "

- 2 professionnels ont exprimé leurs attentes vis-à-vis d'un contrôle de l'application de ces recommandations : *« un plus grand contrôle des professionnels extérieurs au CSO qui donnent les avis de chirurgie bariatrique », « opposable sur le plan médico-légal ».*

- De manière plus globale, deux praticiens ont répondu attendre *« qu'un psychiatre y contribue »* et *« le niveau de preuve des recommandations gradées ».*

Pensez-vous qu'un questionnaire standardisé pourrait vous être utile pour mener vos entretiens semi-dirigés ?

A cette question, 15 praticiens se sont positionnés en faveur dont 6 ont explicité leurs propos comme tels *« oui afin de balayer les principales thématiques indispensables, avant d'affiner l'entretien », « oui, pas à titre systématique », « Oui, notamment pour les auto questionnaires ! », « Oui, pour diagnostiquer d'éventuels troubles de l'humeur ou du comportement alimentaire », « Oui cela permettrait d'harmoniser notre pratique et de justifier certaines contre-indications. J'en utilise déjà un créé à mon arrivée dans le service », « Absolument, nous avons formé les psychologues exerçant dans des services partenaires qui assurent hors du CHU des parcours de préparation pour des patients opérés au CHU mais qui font leur préparation hors du CHU de façon à ce que leurs évaluations contiennent toutes les informations nécessaires à la décision en RCP ».*

8 Praticiens se sont déclarés plutôt favorables : *« Pourquoi pas, connaître toutes les catégories à explorer dans le parcours de vie et la situation actuelle du patient pourrait être utile », « J'ai déjà une trame assez détaillée, mais pourquoi pas quelque chose de plus standardisé. Mais il ne faut pas que ce questionnaire remplace l'entretien d'évaluation qui est indispensable », « Je n'utilise pas ce genre d'outils. Je ne suis pas contre l'idée de m'en inspirer, voire de l'utiliser pour les patients les moins aptes à l'élaboration », « Peut-être selon*

l'orientation théorique », « Pourquoi pas, comme une aide à penser effectivement », « Ce serait intéressant en effet d'harmoniser les pratiques concernant certains points du suivi », « Il peut être une grille de lecture », « pourquoi pas, mais non obligatoire ».

3 professionnels ont rapporté être plutôt contre : *« Pas vraiment sauf pour les addictions notamment OH/tabac », « cela peut être une guidance mais ce n'est pas primordial », « pas forcément car j'ai déjà le mien. Attention aux limites d'un questionnaire. Je prends le temps d'un vrai entretien pour reprendre les éléments de vie avant la passation du questionnaire ».*

Enfin, 4 praticiens se sont prononcés en défaveur dont un a précisé : *« Non pas pour mener l'entretien mais pour rédiger le compte rendu ».*

Remarque libre

Pour conclure les questions ouvertes, un dernier espace était à disposition des professionnels pour qu'ils puissent apporter une dernière remarque libre. Ainsi, 10 professionnels ont saisi l'opportunité.

Un professionnel a précisé plus amplement son positionnement : *« Il ne faut pas confondre évaluation des risques liés à l'opération et avis personnel. De la même façon qu'il ne faut pas confondre le soin et la morale. Si on propose aux patients/clients une solution chirurgicale, il faut laisser au sujet une chance d'être maître de sa décision afin d'éviter un rapport passif au corps modifié chirurgicalement. Une sleeve ou un by-pass sont des outils dont il faut se saisir. Personne d'autre que l'opéré ne peut le faire pour lui-même. Ainsi, en l'absence de risques de santé en lien avec le terrain psychologique, mon avis est toujours favorable (comme le recommande la HAS). »*

Par 6 fois, les thématiques abordées en amont ont été soulignées de nouveau : *« Il est difficile d'évaluer toutes ces dimensions en 1 seule consultation. Peut-être faudrait-il prévoir 2 consultations car il y a BEAUCOUP d'informations à recueillir », « C'est important d'aborder le statut social et financier dans l'éval, car les compléments alimentaires à prendre en post-op ne*

sont pas remboursés », « Hétérogénéité des habitudes selon les équipes », « Faire attention à la situation sociale des patients et leur proposer un suivi par une assistante sociale », « L'importance du travail pluriprofessionnel », « Nécessité d'évaluation pluridisciplinaire en CSO dont assistante sociale ».

Par 3 fois, les thématiques précédentes ont été évoquées de nouveau mais de façon plus détaillée : *« Les contre-indications ne prennent pas en compte l'attente illusoire du patient ou la demande irrépressible et immédiate du patient : parfois plus prédictive de reprise de poids que contre-indication actuelle », « Il ne faut pas oublier d'évaluer l'histoire de la formation d'un couple et la qualité des relations conjugales (patient obèse ou non au moment de la rencontre par exemple) car la chirurgie peut avoir un impact réel à ce niveau », « Les patients perçoivent souvent la chirurgie comme la solution miracle. On ne communique pas suffisamment bien sur le principe de la chirurgie et sa réelle fonction ».*

Enfin, le questionnaire se terminait en proposant aux professionnels de laisser leur adresse e-mail afin que leur soit envoyée la fiche-outil pouvant servir de guide pour les entretiens d'évaluations psychosociales des patients candidats à la chirurgie. 25 professionnels ont laissé leur adresse mail sur un total de 30 réponses.

3 : Discussion

Aujourd'hui, l'obésité est une préoccupation de santé publique qui concernait déjà 650 millions d'individus en 2016 selon l'OMS, et dont la prévalence, depuis lors, ne cesse d'augmenter¹⁴⁸. Parmi les prises en charge possibles, les interventions bariatriques ont été multipliées par plus de 20 en France entre 1997 et 2016 passant de 2 800 à 59 300 interventions¹⁴⁹. La HAS estime que le nombre de 60 000 interventions a même été dépassé en 2017. A l'heure où les recommandations ont été émises il y a plus d'une décennie et où la littérature commence à évoquer timidement les complications à long terme, la diffusion d'un auto-questionnaire aux professionnels réalisant les évaluations psychosociales des patients candidats à la chirurgie nous a permis d'apporter une réponse à l'hypothèse de pratiques hétérogènes.

Pour commencer, les réponses à l'auto-questionnaire ont montré que plus d'un cinquième des thèmes évalués par les professionnels ne faisaient pas consensus puisque moins de 50 % d'entre eux les interrogent de manière systématique²⁵. Il en va de même pour 13 autres items pour lesquels les professionnels les interrogent dans moins de 75% des cas²⁶. Ces données quantitatives sont largement corroborées par les réponses qualitatives des professionnels au questionnaire. En effet, l'absence de consensus et le manque de cohésion des professionnels ont été rapportés dans plus de 30 % des réponses. 13 % de leurs réponses concernaient également leurs attentes vis-à-vis d'une réécriture de recommandations de

²⁵ Les 10 items par ordre décroissant de leur potentiel consensuel : « le comportement vis-à-vis de la faim », « les ressources à disposition sur la chirurgie de l'obésité », « les origines culturelles, normes alimentaires et de santé associées », « l'expérience positive d'une psychothérapie », « la place du contrôle pondéral », « les antécédents familiaux de TCA, de surpoids ou d'obésité », « les troubles cognitifs », « les stratégies imaginées en cas d'échec de la chirurgie », « la connaissance des ressources en santé mentale à disposition », « la qualité du suivi par le médecin traitant »

²⁶ Les 13 items par ordre décroissant de leur potentiel consensuel : « la connaissances des facteurs personnels de prise pondérale », « les appétences alimentaires spécifiques », « l'histoire de la pratique physique et/ou sportive », « la fréquence et durée des troubles du comportement alimentaire », « le comportement alimentaire en réponse aux envies alimentaires », « les stratégies personnelles de gestion des émotions », « la gestion de la prise de poids », « le(s) comportement(s) auto-agressif(s) », « le(s) diagnostique(s) psychiatrique(s) d'un trouble de la personnalité », « le comportement vis-à-vis de la satiété », « les stratégies personnelles d'adaptabilité face aux changements », « les mécanismes de défense à l'œuvre durant l'entretien », « le(s) diagnostique(s) psychiatrique(s) d'un trouble du spectre de la schizophrénie ».

2009 avec des critères d'évaluation plus précis et 8 % concernaient un manque de respect des contre-indications actuelles. Des données de la littérature^{150,151} assez anciennes (2005 et 2006) font également part de pratiques très diverses en ce qui concerne l'évaluation psychosociale des patients candidats à la chirurgie bariatrique. A notre connaissance, depuis les recommandations internationales et françaises, aucun nouveau recueil des pratiques des psychiatres et psychologues n'a été réalisé.

La psychiatrie n'est cependant pas la seule spécialité concernée par l'hétérogénéité des pratiques dans le cadre d'une chirurgie bariatrique. La chirurgie digestive souffre également du manque de preuves scientifiques en matière de techniques chirurgicales bariatriques. Le choix de la technique semble, actuellement, davantage répondre à des habitudes de pratique qu'à un consensus des sociétés savantes chirurgicales.¹⁵² Un rapport récent de la HAS a révélé des complications graves spécifiques du by-pass « en oméga », parmi lesquelles des carences sévères en vitamines et minéraux ainsi que des reflux biliaires. De ce fait, la technique du *by-pass* « *en oméga* » n'est plus recommandée par la HAS depuis 2019.

Plus globalement encore, c'est le respect de la prise en charge pluridisciplinaire recommandée par la HAS qui semble inégale. C'est ce que confirme depuis 2013 le recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS), sur la thématique de la "Prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte" via l'analyse rétrospective de dossiers de patients opérés pour la première fois. Auparavant transmises de façon volontaire, les informations nécessaires au calcul de ces indicateurs sont devenues obligatoires depuis 2017 pour tous les établissements de santé ayant une activité de chirurgie bariatrique. Il est à noter que les derniers chiffres disponibles publiquement sont ceux du rapport de 2017 reposant sur les données de l'année 2016. Les données, pour autant, semblent confirmer une homogénéité insuffisante des pratiques en matière de chirurgie bariatrique. De ce fait, 30 % des patients candidats à la chirurgie bariatrique n'auraient pas bénéficié d'un bilan complet préopératoire (comorbidités, bilan endoscopique, psychiatrique ou psychologique), 48 % des médecins traitants n'auraient pas eu accès au compte-rendu complet de la réunion de concertation pluridisciplinaire de chirurgie bariatrique de leur patient et 8 % des patients n'auraient eu aucune évaluation psychologique ou psychiatrique en amont.

Par ailleurs, l'analyse des réponses à l'auto-questionnaire a mis en évidence que plus d'un quart d'entre eux questionnent peu (« parfois », « rarement » ou « jamais ») les patients sur « La connaissance des ressources en santé mentale à disposition ». Ce résultat semble faire écho au second thème évoqué par les interrogés comme limite à l'accompagnement préopératoire : celui de l'hétérogénéité des possibilités d'accès à des soins spécifiques.

En termes d'organisation des prises en charge sur le territoire, le rapport de l'Assurance Maladie de 2013¹⁵³ confirme une inadéquation entre le nombre de personnes en situation d'obésité et le nombre d'interventions bariatriques réalisées comme peut l'illustrer la figure 1.

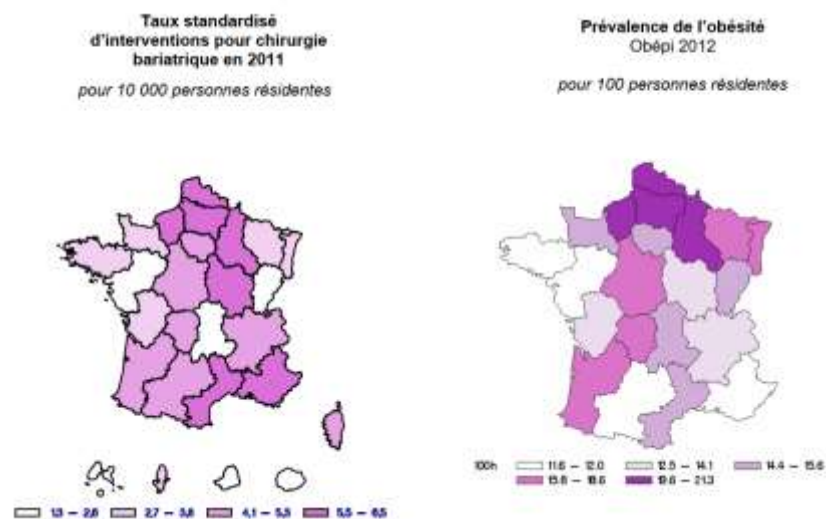


Figure 24 : taux de chirurgies bariatriques pratiquées sur le territoire français en 2011 en comparaison à la prévalence de l'obésité en 2012

Source : Assurance Maladie. Etude sur la chirurgie bariatrique en 2011.2013.

Selon les professionnels interrogés, les difficultés d'accès à des soins spécifiques peuvent également relever d'une problématique économique. En effet, après avoir investi pour la chirurgie et les consultations préopératoires, certains patients se retrouvent dans l'impossibilité de financer les suivis psychologique et diététique recommandés et/ou les compléments alimentaires préconisés à vie. L'analyse des réponses à l'auto-questionnaire montre que près d'un quart des professionnels n'interrogent pas "toujours" le parcours professionnel et le statut économique. L'approche des professionnels pourrait différer selon

le secteur dans lequel ils exercent. En 2017, l'IGAS²⁷ constatait que la chirurgie bariatrique relève du secteur privé lucratif dans 23 % des situations et du secteur public ou privé non lucratif dans 8 % des cas. Or, le remboursement des soins dans le secteur privé est variable. Se pose donc également la question d'égalité de l'accès aux soins, conformément aux valeurs du système de soins Français, pour une pathologie ayant un impact pourtant non négligeable sur la santé publique.

L'accès à des soins spécifiques qualitatifs est également une réelle interrogation. Les résultats de l'auto-questionnaire ont permis de mettre en évidence que le nombre d'années d'expérience des professionnels en matière d'évaluation psychosociale des patients candidats à la chirurgie bariatrique était de 7 en moyenne, avec un écart type proche de 6. Ces données confirment donc la grande variabilité en termes de formation des professionnels. Cette thématique est d'ailleurs revenue à plusieurs reprises dans la partie consacrée aux attentes des praticiens qui exprimaient clairement leur souhait de voir intégrer une meilleure formation des professionnels dans de nouvelles recommandations. Le rapport de l'assurance maladie de 2013 questionne, de la même manière, le niveau d'expertise des établissements pratiquant la chirurgie bariatrique. En effet, les données révèlent que 425 établissements de santé réalisent des opérations de chirurgie bariatrique : si 32 établissements ont réalisé plus de 200 interventions chacun en 2011 (pour un total de près de 11000 interventions), 175 établissements ont réalisé moins de 30 interventions chacun (pour un total de 1718 interventions). Plus alarmant encore, 215 établissements de santé opèrent des jeunes de moins de 20 ans, dont 46 des patients mineurs. Parmi eux, 33 établissements n'ont opéré qu'un seul mineur dans l'année. De plus, les contrôles des recommandations en 2019 dont a eu connaissance la DGOS²⁸ ont eu un impact sur l'activité de chirurgie bariatrique (figure 2), ce qui montre un manque de rigueur dans le respect des indications. Par là-même, il est vraisemblable que des personnes obèses qui pourraient utilement prétendre à la chirurgie bariatrique n'y aient pas accès, ce qui est dommageable.

²⁷ Inspection Générale interministérielle des Affaires Sociales réalise des missions de contrôle, d'audit, d'expertise et d'évaluation, conseille les pouvoirs publics et apporte son concours à la conception et à la conduite de réformes. Elle intervient à la demande des ministres ou du Premier ministre, mais aussi sur la base de son programme d'activité.

²⁸ Direction générale de l'offre de soins



Figure 25 : Quantité d'actes de chirurgie bariatrique sur l'année 2019

Source : Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021. 2020.

Un autre aspect de l'hétérogénéité des pratiques dépassant cette fois le cadre de l'évaluation psychosociale est celui de la variabilité du suivi post-opératoire global. Le panel interrogé alerte sur la phase post-opératoire qui marque souvent un tournant dans l'accompagnement psychique de la chirurgie bariatrique. Les professionnels font largement état de la difficulté à faire adhérer les patients à la prise en charge recommandée, et déplorent les nombreuses ruptures dans le suivi post-opératoire. Ils regrettent, de ce fait, l'organisation du parcours de soins actuel qui astreint les patients à un seul entretien préopératoire psychiatrique ou psychologique. Cette organisation leur paraît insuffisante pour permettre la construction d'une alliance thérapeutique solide et la transmission d'une bonne information concernant l'obésité, sa prise en charge chirurgicale, l'impact de cette chirurgie et les risques encourus. La projection dans le suivi post-chirurgical est pourtant un item que les professionnels rapportent interroger « toujours » dans 90 % des cas. Ils semblent manifester ainsi de manière unanime leur inquiétude vis-à-vis d'une inscription dans la durée des patients dans la prise en charge psychique. L'analyse des réponses à l'auto-questionnaire montre que cet item fait partie des dix items les plus consensuels pour le panel de professionnels interrogés. En ce qui concerne les données de la littérature, le lien entre la qualité de la prise en charge préopératoire et la qualité du suivi post-opératoire a été parfaitement établi¹⁵⁴. Les spécialistes s'accordent à dire que lorsque la compliance en post-opératoire est de bonne qualité, la perte de poids est davantage significative¹⁵⁵. Néanmoins, plusieurs auteurs alertent

sur la pauvreté du suivi post-opératoire ¹⁵⁶ dans sa globalité et un nombre de perdus de vue est significatif pour bon nombre d'études sur le sujet. ¹⁵⁷ Ainsi, alors que certains rapports font état d'une baisse de la mortalité de 48% après la chirurgie¹⁵⁸, une étude de 2019 ¹⁵⁹, basée sur un suivi des patients, indique que le taux de réintervention est de l'ordre de 10% et que le taux de "perdus de vue" à un an est estimé entre 10% et 40% en fonction de la taille des centres, ce qui vient modérer le ratio de mortalité. De la même manière, confirmant le manque de suivi post-opératoire, les instances gouvernementales proposent de renforcer le rôle du médecin traitant afin d'engager une démarche ciblée sur ces patients "perdus de vue" . Un dispositif de repérage des personnes obèses opérées permettant des alertes et des relances pourrait être mis en place prochainement. L'IGAS insiste sur l'importance de l'évaluation psychologique/psychiatrique pour tenter de repérer les profils à faible potentiel d'observance post-opératoire.

La réponse des professionnels sur l'item "diagnostic(s) psychiatrique(s) d'un trouble du spectre de la schizophrénie" était particulièrement inattendue. 53 % ont répondu l'interroger de manière systématique et 20 % l'interroger souvent. Près d'un professionnel sur 5 rapporte l'interroger « jamais » ou « rarement ». Ce diagnostic psychiatrique est le dernier interrogé après ceux (par ordre croissant) des troubles de la personnalité, des conduites auto-agressives, des troubles de l'humeur, des troubles addictifs et celui des traitements psychotropes²⁹. Cependant, des données récentes de la littérature valident pourtant bien l'accès de la chirurgie aux patients souffrant d'un trouble du spectre de la schizophrénie ou de la bipolarité. Une revue systématique de la littérature en 2017¹⁶⁰, rapportait que 6 études retraçaient une perte de poids équivalente entre les groupes de patients avec un diagnostic de schizophrénie ou de bipolarité et les groupes contrôles. Cependant, les autres impacts de la chirurgie n'étaient pas ou très peu étudiés. Les auteurs mettent donc en garde sur le fait qu'il s'agissait de patients stabilisés¹⁶¹ et qui ont été suivi de façon très rapprochée afin de pouvoir être réactif en termes d'ajustement thérapeutique ¹⁶². Les données de la littérature ne permettent pas une généralisation de ces résultats à l'heure actuelle.

²⁹ Interrogé dans plus de 95 % des cas « souvent » et « toujours » par les professionnels.

Aussi et contrairement à l'hypothèse de départ, ce travail semble dessiner une tendance à l'homogénéité des pratiques des psychiatres et psychologues puisque, à l'exception d'un item, les professionnels ont tous rapporté interroger « toujours » ou « souvent » l'ensemble des items dans plus de 50 % des cas. Conformément aux données anciennes de la littérature déjà évoquées, les professionnels s'accordent plus particulièrement sur la nécessité d'interroger les troubles du comportement alimentaire des patients candidats à la chirurgie de l'obésité. Ainsi, parmi les 5 items les plus consensuels de ce travail, 3 concernaient l'évaluation des troubles du comportement alimentaire : « présence de compulsions alimentaires », « prise alimentaire (cadre, durée, fréquence...) », « présence de tachyphagie ou d'hyperphagie ».

Ceci étant, une autre hypothèse, reposant sur un aspect de méthodologie, peut probablement aussi expliquer la concordance des pratiques des professionnels interrogés. En effet, le fait que les items proposés aient été présélectionnés par un jury d'experts permet aux professionnels interrogés de venir confirmer la pertinence de la pré-sélection des items faite par les experts. On peut donc supposer que les items les plus discriminants n'aient pas été soumis à la population cible interrogée. Il est également probable que ce travail ait été biaisé par la sélection de professionnels spécialisés dans la chirurgie bariatrique, puisque parmi les professionnels interrogés et rencontrés, un certain nombre ont indiqué qu'une partie des patients qu'ils rencontrent en post-opératoire n'avaient pas été évalués par leurs soins en période préopératoire. Ces déclarations posent donc la question des profils des praticiens évaluateurs des patients candidats à la chirurgie. Dans quelle mesure le manque de disponibilité des professionnels formés oriente les patients vers des professionnels non spécialisés de la chirurgie bariatrique ? Malgré une prévalence relativement faible de l'obésité, la France est le 3ème pays du monde (après les Etats-Unis et le Brésil¹⁶³) pour le nombre de gestes de chirurgie bariatrique et les instances gouvernementales françaises semblent vouloir prendre des mesures pour limiter l'accès à cette chirurgie en dehors des recommandations.

Un autre biais de ce travail est en lien avec les difficultés de recrutement. Bien que les taux de réponse soient bons (69 % des psychiatres contactés et 60 % des psychologues), plus de 55 % des prises de contact n'ont pas abouti à un recrutement de professionnel. Des

difficultés de diffusion à plus grande échelle ont par ailleurs été rencontrées. A l'heure actuelle il n'existe pas de réseau de psychiatres et/ou psychologues exerçant dans le domaine de la chirurgie bariatrique. Malgré plusieurs contacts et accords de la part de coordinateurs de CSO locaux et nationaux, la diffusion à l'ensemble des psychiatres et psychologues exerçant dans les 37 CSO du territoire n'a pas pu aboutir. La taille de l'échantillon cible est en conséquence limitée. Ceci étant, même si les résultats ne peuvent avoir d'autres impacts que ceux d'une étude préliminaire, ils corroborent pleinement les données de la littérature et les résultats issus des bases de données gouvernementales. De la même manière, ce travail conforte les projets gouvernementaux en cours d'élaboration dans le domaine de la chirurgie bariatrique.

164

D'après le rapport de l'IGAS de 2018 : « Les niveaux de suivi et de régulation institutionnels de cette chirurgie ne sont pas la hauteur des enjeux de santé publique et de sécurité sanitaire, eu égard au manque de suivi et de contrôle de l'activité, à la faiblesse des moyens statistiques de connaissance des modalités de prise en charge de l'obésité, ainsi qu'à l'insuffisance d'analyses épidémiologiques, cliniques et médico-économiques du service rendu et des effets collatéraux de la chirurgie. Un dispositif d'encadrement des pratiques et de vigilance clinique et épidémiologique s'impose. »

Ainsi, l'assurance maladie a effectué des propositions dans le but d'améliorer la prise en charge de la chirurgie bariatrique dans sa globalité. Ces propositions ont notamment permis d'instaurer, de manière obligatoire depuis juin 2019, un téléservice accessible aux établissements et aux chirurgiens libéraux permettant d'effectuer une demande d'accord préalable en chirurgie bariatrique en ligne. Après échange entre les représentants de la Société Française et Francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques (Soffcomm) et les représentants de l'Assurance Maladie et, à la lumière des recommandations de la HAS, un algorithme permettant d'apporter une décision instantanée sur des critères incontestables a été déployé. Permettant d'émettre des "accords immédiats", "refus immédiats" ou d'orienter vers un avis médical différé, cette nouvelle procédure d'accord préalable dématérialisée a eu un impact sur l'évolution des actes réalisés : l'activité de chirurgie bariatrique en France a diminué de 16% entre 2018 et 2019. De surcroît, en cas d'accord, la sécurité sociale a décidé de rembourser la chirurgie, les consultations diététiques,

psychologiques et toutes celles en lien avec l'opération. En 2018, l'Assurance maladie a également proposé d'instaurer un seuil d'activité minimum pour les centres de chirurgie de l'obésité afin de garantir l'expertise de ces derniers. Elle a soutenu une valorisation des CSO afin qu'ils disposent de moyens financiers permettant de proposer une prise en charge conforme aux recommandations de la HAS et qu'ils puissent soutenir plus largement les Agences régionales de santé (ARS) dans l'évaluation des besoins et l'élaboration de la stratégie de réponse à ces besoins.

Enfin, ce travail a permis de mettre en avant une hétérogénéité des pratiques dépassant le cadre de la santé psychique et la stricte évaluation psycho-sociale des patients candidats à la chirurgie bariatrique. Il pourrait être intéressant de poursuivre ce travail à plus grande échelle et sur un échantillon plus grand. Les données de la littérature confirment le manque d'études sur la chirurgie bariatrique et notamment à long terme. Il est essentiel de poursuivre des travaux de recherche dans ce domaine pour combler le vide scientifique qui peut sembler faire écho à l'exclusion sociale de cette population pourtant au cœur des préoccupations de santé publique.

Par ailleurs et pour rappel, plus de 75 % des professionnels interrogés étaient « favorables » ou « plutôt favorables » à l'instauration d'un questionnaire standardisé pouvant servir de guide aux entretiens semi-dirigés de l'évaluation psycho-sociale préopératoire. Nous avons donc choisi de diffuser à l'ensemble des professionnels ayant répondu au questionnaire une fiche-outil listant l'ensemble des items (avant la pré-sélection du jury d'experts) qu'il apparaissait pertinent d'interroger au vu des recommandations, des données de la littérature et des échanges professionnels réalisés dans le cadre de cette thèse. Plusieurs projets, devant permettre d'étendre ce travail et de poursuivre les efforts de communication et d'information initiés, sont en cours : rédaction d'un article scientifique, réalisation d'un poster à destination des congrès des sociétés savantes, prises de contacts pour interventions orales lors de congrès traitant de la chirurgie bariatrique, interventions dans les formations universitaires spécifiques aux troubles des conduites alimentaires, à la nutrition et à la diététique.

Conclusion

Ce travail permet de dresser un état des lieux concernant les pratiques en France des psychologues et psychiatres donnant leurs avis en amont de la chirurgie bariatrique aux patients candidats.

La revue de la littérature a permis de souligner la complexité de la prise en charge de l'obésité. En effet, l'impact de cette pathologie s'étend à plusieurs échelles : politique, scientifique, santé individuelle, santé collective, social, économique, etc... Les hypothèses étiologiques sont tout aussi multiples : évolution des modes de vie, interaction gènes-environnement, hypothèses psychogènes, troubles de la gestion de la régulation des émotions, système de récompense défaillant, atteintes neurocognitives... En réponse à cet aspect multifactoriel et à l'impact pluridisciplinaire de cette pathologie (Endocrinologie, Diabétologie, Rhumatologie, Cardio-Vasculaire, Psychiatrie, Addictologie, Psychologie, Neurologie, etc...) les possibilités thérapeutiques sont variées. Toutefois, la pluridisciplinarité est le maître-mot d'une prise en charge optimale à court, moyen et surtout long terme.

L'avantage que représente la chirurgie bariatrique en termes de morbi-mortalité pour les personnes en situation d'obésité est incontestable. Avec près d'un million d'actes chirurgicaux bariatriques réalisés à ce jour depuis les années 1950, il s'agit d'une chirurgie en plein essor. Pour autant, les complications sont non négligeables : les patients opérés restent fragiles à l'image de l'augmentation du nombre d'hospitalisations après la chirurgie. De plus, les complications psychiatriques et addictologiques sont parfois dramatiques si on considère l'augmentation du taux de suicide après la chirurgie par exemple. Par ailleurs, les études scientifiques sur la thématique bariatrique dépassent rarement plus de trois années post-opératoires alors qu'une reprise pondérale survient en général au-delà de ce délai. Par conséquent, le devenir des patients de chirurgie bariatrique à long terme est en réalité mal connu. Cette chirurgie se démocratisant et étant réalisée chez des personnes de plus en plus jeunes, il est pourtant capital d'approfondir les connaissances au sujet des conséquences à long terme de cette chirurgie.

Malgré l'existence de recommandations de bonnes pratiques émises par la HAS en 2009 et rendant obligatoire l'avis d'un psychiatre ou d'un psychologue pour l'accès à la chirurgie bariatrique, les critères de l'évaluation psychosociale ne sont pas consensuels. Un antécédent de tentative de suicide est-il une contre-indication définitive ? Quel délai convient-il d'attendre pour la chirurgie après la rémission d'un épisode dépressif caractérisé ou d'un trouble du comportement alimentaire ? Un patient souffrant d'une pathologie psychiatrique chronique et stabilisée par un traitement psychotrope peut-il être opéré ? Le désir de minceur, en tant que symptôme des troubles du comportement alimentaire, doit-il être une contre-indication à l'opération ? Aussi, selon les recommandations, un psychologue ou un psychiatre intervient dans le cadre de la pluridisciplinarité requise dans la prise en charge des personnes en situation d'obésité. Cependant, comment son avis impact réellement la RCP lorsqu'il n'y est pas convié ? Quel est la plus-value du travail pluridisciplinaire quand il se résume à la somme d'avis de professionnels indépendants ?

Les résultats de l'auto-questionnaire diffusé, dans le cadre de ce travail de thèse, aux psychiatres et psychologues réalisant les évaluations psychosociales préopératoires, permettent de confirmer l'hypothèse de départ qui postulait une hétérogénéité des pratiques en termes d'évaluations préopératoires à la chirurgie bariatrique. Plus d'un cinquième des thèmes évalués par les professionnels ne font pas consensus car moins de 50 % d'entre eux les interrogent de manière systématique. Près d'un tiers des thèmes évalués font l'objet d'un accord professionnel partiel puisque interrogés dans moins de 75 % des cas. De plus, 75 % des professionnels interrogés sont « favorables » ou « plutôt favorables » à l'instauration d'un questionnaire standardisé pouvant les guider dans l'évaluation psychosociale des patients candidats à la chirurgie bariatrique. Ces résultats sont en accord avec l'absence de consensus professionnel et le manque de cohésion des pratiques rapportés dans 30% des réponses écrites. L'hétérogénéité des possibilités d'accès à des soins spécifiques et de qualité a également été largement rapportée.

Ces résultats confortent le constat fait par les diverses instances gouvernementales de santé publique en matière de prises en charge bariatriques. Pour répondre à ces diverses problématiques, elles ont d'ores et déjà proposé depuis quelques années des pistes d'amélioration : demande d'accord préalable à la chirurgie en ligne auprès de l'assurance

maladie, remboursement des consultations en lien avec l'opération, seuil minimum d'activité par établissement requis pour pouvoir opérer... Afin de soutenir les volontés d'améliorer les prises en charge des patients en situation d'obésité et pour continuer de développer la solution bariatrique au sein d'équipes pluridisciplinaires spécialisées, ce travail original pourrait être étendu à une échelle plus large. Il a permis d'ores et déjà de diffuser aux professionnels ayant répondu à l'auto-questionnaire une fiche-outil de 100 items interrogeables lors des évaluations préopératoires à la chirurgie. Conformément aux besoins exprimés par les professionnels, cette fiche-outil a pour but de servir de guide d'entretien en permettant de mettre en lumière les ressources et fragilités du patient pour mieux l'accompagner dans le parcours pré et post-opératoire.

Bibliographie

1. Angrisani L., Santonicola A., Iovino P. Bariatric Surgery Worldwide 2013. *Obes Surg*, 2015; 25:1822-32.
2. Halimi S., Chirurgie bariatrique : état des lieux en France en 2019. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 13(8), 677–686. DOI :10.1016/S1957-2557(19)30210-X
3. Halimi S., Andreelli F., Chirurgie bariatrique : bénéfices au-delà du poids et du diabète, *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2019 ; Volume 13, Issue 8 : pages 667-676.
4. Arterburn D., Telem D., Kushner R., Courcoulas A. Benefits and Risks of Bariatric Surgery in Adults: A Review. *JAMA*. 2020 Sep 1;324(9):879-887. doi: 10.1001/jama.2020.12567.
5. El Chaar M., McDeavitt K., Richardson S. Does patient compliance with preoperative bariatric office visits affect postoperative excess weight loss ?. 2011; *Surg Obes Relat Dis* 2011; 7:743-8
6. Berdah C., Obésité et troubles psychopathologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson, 2010. p. 184-190.
7. Oullier O., Petit O., Obésités et neurosciences: débats dans le cerveau et autour du cerveau. 2012 ; *La Lettre du psychiatre*, 8(1), 28-32.
8. De Weijer B.A., Van De Giessen E., Van Amelsvoort T.A., Boot E., Braak B., Janssen I.M., Van De Laar A., Fliers E., Serlie M.J., Booij J. Lower striatal dopamine D2/3 receptor availability in obese compared with non-obese subjects. *E.J.N.M.M.I. Res*. 2011;1(1):37. 22214469
9. Kessler R.M., Zald D.H., Ansari M.S., Li R., Cowan R.L. Changes in dopamine release and dopamine D2/3 receptor levels with the development of mild obesity. *Synapse*. 2014;68(7):317–320. 24573975
10. Cottecin D., Guardia D., Obésité, le point de vue de l'addictologue. *La lettre du psychiatre*, 8(1), 24-27.
11. Davis C., Strachan S., Berkson M., Sensitivity to reward: implications for overeating and overweight. *Appetite*. 2004 Apr;42(2):131-8. doi: 10.1016/j.appet.2003.07.004.
12. Comings D., Grader R., Macmurray J.P., Genetic variants of the human obesity gene: association with body mass index in young women, psychiatric symptoms, and interaction with the dopamine D2 receptor gene. *Molecular Psychiatry*. 1996; 1:325-335.

13. Bowirrat A., Oscar-Berman M., Relationship between dopaminergic neurotransmission, alcoholism, and Reward Deficiency syndrome. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2005;132B(1):29-37. doi: 10.1002/ajmg.b.30080. PMID: 15457501.
14. Blum K., Cull JG., Braverman ER., Reward deficiency syndrome: Neurobiological and genetic aspects. In K. Blum and E.P. Noble (Eds.), *Handbook of psychiatric genetics.* 1997 ; 311-327.
15. Pagoto S. L., Spring B., Cook J. W., McChargue D., Schneider K. High BMI and reduced engagement and enjoyment of pleasant events. *Personality and Individual Differences.* 2006; 40(7), 1421–1431. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.020>
16. Volkow, Nora D.; O'Brien, Charles P. *Issues for DSM-V: Should Obesity Be Included as a Brain Disorder?. American Journal of Psychiatry.* 2007; 164(5), 708–710. doi:10.1176/ajp.2007.164.5.708
17. <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/introduction.html>
18. L'hyperphagie boulimique en 100 Questions/Réponses. Endat, coordonné par Lydie Thiery. à paraître en mai 2022. Editions Ellipses.
19. Palmisano, G. L., Innamorati, M., Sarracino, D., Bosco, A., Pergola, F., Scaltrito, D., ... & Vanderlinden, J. Trauma and dissociation in obese patients with and without binge eating disorder: A case–control study. *Cogent Psychology.* 2018; 5(1), 1470483.
20. Hebebrand, J., & Herpertz-Dahlmann, B. *Eating disorders and obesity in children and adolescents.* Elsevier Health Sciences. 2018.
21. Razzoli M., Pearson C., Crow S., Bartolomucci A. Stress, overeating, and obesity: Insights from human studies and preclinical models. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017;76:154–62.
22. <https://www.memoiretraumatique.org>
23. Vierling, V., Etori, S., Valenti, L., Lesage, M., Pigeyre, M., Dodin, V., ... & Guardia, D. Prevalence and impact of post-traumatic stress disorder in a disordered eating population sample. *Presse Medicale (Paris, France: 1983).* 2015; 44(11), e341-52.
24. Palmisano, G. L., Innamorati, M., & Vanderlinden, J. (2016). Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions, 5(1), 11-31.* systematic review, *J Behav Addict.* 2016 Mar
25. Danese A, Tan M. Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry.* 2014 May;19(5):544-54. doi: 10.1038/mp.2013.54. Epub 2013 May 21. PMID: 23689533.

26. Caslini M, Bartoli F, Crocamo C, Dakanalis A, Clerici M, Carrà G. Disentangling the Association Between Child Abuse and Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosom Med*. 2016 Jan;78(1):79-90. doi: 10.1097/PSY.0000000000000233. PMID: 26461853.
27. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010 Mar;30(2):217-37. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004. Epub 2009 Nov 20. PMID: 20015584.
28. El Bèze Rimasson D., Bouvet C., Hamdi H. La gestion des émotions et ses déficits, chez les personnes atteintes de douleur chronique : une revue systématisée des études relatives à l'alexithymie, à l'intelligence émotionnelle, à la régulation émotionnelle et au coping. *Psychologie Française*, 2017. doi:10.1016/j.psfr.2017.01.001
29. Jeppson JE., Richards PS., Hardman RK., Granley HM. Binge and purge processes in bulimia nervosa: a qualitative investigation. *Eat Disord*. 2003 Summer;11(2):115-28. doi: 10.1080/10640260390199307. PMID: 16864514.
30. Meule A. A Critical Examination of the Practical Implications Derived from the Food Addiction Concept. *Curr Obes Rep*. 2019 Mar;8(1):11-17. doi: 10.1007/s13679-019-0326-2. PMID: 30706243; PMCID: PMC6424934.
31. Leehr EJ., Krohmer K., Schag K., Dresler T., Zipfel S., Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity--a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2015 Feb;49:125-34. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.12.008. Epub 2014 Dec 19. PMID: 25530255.
32. Kessler RM., Hutson PH., Herman BK., Potenza MN. The neurobiological basis of binge-eating disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016 Apr;63:223-38. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.01.013. Epub 2016 Feb 2. PMID: 26850211.
33. Shigeta H., Shigeta M., Nakazawa A., Nakamura N., Yoshikawa T. Lifestyle, obesity and insulin resistance. *Diabetes Care* 2001;24:608
34. Vioque J., Torres A., Quiles J. Time spent watching television, sleep duration and obesity in adults living in Valencia, Spain. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000;24:1683e8.
35. Young T., Peppard PE., Taheri S. Excess weight and sleep-disordered breathing. *J Appl Physiol* (1985). 2005 Oct;99(4):1592-9. doi: 10.1152/jappphysiol.00587.2005. PMID: 16160020. aheri S, Lin L, Austin D, Young T, Mignot E. Short sleep duration is associated

- with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. *PLoS Med* 2004;1:e62.
36. Magee CA., Iverson DC., Huang XF., Caputi P. A link between chronic sleep restriction and obesity: methodological considerations. *Public Health*. 2008 Dec;122(12):1373-81. doi: 10.1016/j.puhe.2008.05.010. Epub 2008 Aug 22. PMID: 18722633.
 37. C.A. Magee; D.C. Iverson; X.F. Huang; P. Caputi (2008). A link between chronic sleep restriction and obesity: Methodological considerations.122(12),0–1381. doi:10.1016/j.puhe.2008.05.010
 38. Piegel K., Tasali E., Penev P., van Cauter E. Sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. *Ann Intern Med* 2004;141:846e50.
 39. Tempesta D., Socci V., De Gennaro L., Ferrara M. Sleep and emotional processing. *Sleep Med Rev*. 2018 Aug;40:183-195. doi: 10.1016/j.smrv.2017.12.005. Epub 2017 Dec 22. PMID: 29395984.
 40. Leng Y., McEvoy CT., Allen IE., Yaffe K. Association of Sleep-Disordered Breathing With Cognitive Function and Risk of Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurol*. 2017 Oct 1;74(10):1237-1245. doi: 10.1001/jamaneurol.2017.2180. Erratum in: *JAMA Neurol*. 2018 Jan 1;75(1):133. PMID: 28846764; PMCID: PMC5710301.
 41. Baglioni C., Nanovska S., Regen W., Spiegelhalder K., Feige B., Nissen C., Reynolds CF., Riemann D. Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research. *Psychol Bull*. 2016 Sep;142(9):969-990. doi: 10.1037/bul0000053. Epub 2016 Jul 14. PMID: 27416139; PMCID: PMC5110386.
 42. Irwin MR., Olmstead R., Carroll JE. Sleep Disturbance, Sleep Duration, and Inflammation: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies and Experimental Sleep Deprivation. *Biol Psychiatry*. 2016 Jul 1;80(1):40-52. doi: 10.1016/j.biopsych.2015.05.014. Epub 2015 Jun 1. PMID: 26140821; PMCID: PMC4666828.
 43. Mehr JB., Mitchison D., Bowrey HE., James MH. Sleep dysregulation in binge eating disorder and "food addiction": the orexin (hypocretin) system as a potential neurobiological link. *Neuropsychopharmacology*. 2021 Nov;46(12):2051-2061. doi: 10.1038/s41386-021-01052-z. Epub 2021 Jun 18. PMID: 34145404; PMCID: PMC8505614.

44. De Vriendt T., Moreno LA., De Henauw S. Chronic stress and obesity in adolescents: scientific evidence and methodological issues for epidemiological research. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2009 Sep;19(7):511-9. doi: 10.1016/j.numecd.2009.02.009. Epub 2009 Apr 11. PMID: 19362453.
45. Björntorp P. Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? *Obes Rev.* 2001 May;2(2):73-86. doi: 10.1046/j.1467-789x.2001.00027.x. PMID: 12119665.
46. Torres SJ., Nowson CA. Relationship between stress, eating behaviour and obesity. *Nutrition* 2007;23:887e94. doi: 10.1016/j.nut.2007.08.008.
47. Locatelli L, Boulanouar L, Pataky Z, Golay A. Quand le poids influence la santé mentale... et réciproquement [When weight influences mental health... and reciprocally]. *Rev Med Suisse.* 2017 Mar 22;13(555):642-646. French. PMID: 28721705.
48. Locatelli, L., Golay, A. (2018). 'Psychotropes et poids', *Rev Med Suisse* 2018; volume 4. no. 599, 605 – 609. doi: 10.53738/REVMED.2018.14.599.0605
49. Saravane, D. Les complications métaboliques des psychotropes. *PSN.* 2014 ; 12(2), 51-63.
50. Allison DB., Mentore JL., Heo M., Chandler LP., Cappelleri JC., Infante MC., Weiden PJ. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *Am J Psychiatry.* 1999 Nov;156(11):1686-96. doi: 10.1176/ajp.156.11.1686. PMID: 10553730.
51. Ryan MC., Flanagan S., Kinsella U., Keeling F., Thakore JH. The effects of atypical antipsychotics on visceral fat distribution in first episode, drug-naïve patients with schizophrenia. *Life Sci.* 2004 Mar 5;74(16):1999-2008. doi: 10.1016/j.lfs.2003.08.044. Erratum in: *Life Sci.* 2004 Oct 22;75(23):2851. PMID: 14967195.
52. David A., Fernandez A., Menard ML., Dor E., Leali G., Maria F., Cruzel C., Askenazy F., Verstuyft C., Thümmler S. La pharmacorésistance aux psychotropes chez l'enfant et l'adolescent : recherche d'anomalies pharmacogénétiques du cytochrome P450 2D6 [Pharmacoresistance to psychotropic drugs in children and adolescents: Pharmacogenetic anomalies of cytochrome P450 2D6]. *Encephale.* 2021 Jun;47(3):227-234. French. doi: 10.1016/j.encep.2020.09.010. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33551122.
53. Adami GF., Marinari GM., Bressani A., Testa S., Scopinaro N. Body image in binge eating disorder. *Obes Surg.* 1998 Oct;8(5):517-9. doi: 10.1381/096089298765554070. PMID: 9819082.
54. Schwartz MB., Brownell KD. Obesity and body image. *Body Image.* 2004 Jan;1(1):43-56. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00007-X. PMID: 18089140.

55. Makowski AC., Kim TJ., Luck-Sikorski C., von dem Knesebeck O. Social deprivation, gender and obesity: multiple stigma? Results of a population survey from Germany. *BMJ Open*. 2019 Apr 3;9(4):e023389. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023389. PMID: 30948564; PMCID: PMC6500240.
56. Cramer P., Steinwert T., Thin is good, fat is bad: How early does it begin?», *J. Appl. Dev. Psychol.*, 1998; 19, p.429-451
57. Puhl R., Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res*. 2001 Dec;9(12):788-805. doi: 10.1038/oby.2001.108. PMID: 11743063.
58. Spahlholz J., Baer N., König HH., Riedel-Heller SG., Luck-Sikorski C. Obesity and discrimination - a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Obes Rev*. 2016 Jan;17(1):43-55. doi: 10.1111/obr.12343. Epub 2015 Nov 24. PMID: 26596238.
59. Puhl RM., Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity (Silver Spring)*. 2009 May;17(5):941-64. doi: 10.1038/oby.2008.636. Epub 2009 Jan 22. PMID: 19165161.
60. Schwartz MB., Brownell KD. Obesity and body image. *Body Image*. 2004 Jan;1(1):43-56. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00007-X. PMID: 18089140.
61. Canning H., Mayer J. Obesity: an influence on high school performance? *Am J Clin Nutr*. 1967 Apr;20(4):352-4. doi: 10.1093/ajcn/20.4.352. PMID: 6022013.
62. Matuszewitch, E. (1983). Employment discrimination against the overweight. *Personnel journal*
63. McClean R. A., Moon M. Health, obesity and earning. *American Journal of Public Health*. 1980; 70(9), 1006-1009
64. Hinkle Jr, L. E. Relating biochemical, physiological, and psychological disorders to the social environment. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 1968; 16(1), 77-82.
65. Gortmaker S. L., Must A., Perrin J. M., Sobol A. M., Dietz W. H. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *New England journal of medicine*. 1993; 329(14), 1008-1012.
66. Coudin E., Souletie A. Obésité et discrimination sur le marché du travail, Dossiers solidarité et santé, Actes du colloque DRESS/DARES.2015 ;
67. Paul, L., van der Heiden, C., van Hoeken, D., Deen, M., Vlijm, A., Klaassen, R. A., Biter, L. U., & Hoek, H. W. (2021). Cognitive Behavioral Therapy Versus Usual Care Before Bariatric

- Surgery: One-Year Follow-Up Results of a Randomized Controlled Trial. *Obesity surgery*, 31(3), 970–979. <https://doi.org/10.1007/s11695-020-05081-3>
68. Hazart J., Lahaye C., Farigon N., Vidal P., Slim K., Boirie Y., Évolution du recours à la chirurgie bariatrique en France entre 2008 et 2014, *Bull Epidemiol Hebd*. 2018;
 69. Halimi S. Chirurgie bariatrique : état des lieux en France en 2019. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2019 ; 13(8), 677–686. doi:10.1016/S1957-2557(19)30210-X
 70. Montravers P., Augustin P., Zappella N., Dufour G., Arapis K., Chosidow D., Fournier P., Ribeiro-Parienti L., Marmuse JP., Desmard M. Diagnosis and management of the postoperative surgical and medical complications of bariatric surgery. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2015 Feb;34(1):45-52. doi: 10.1016/j.accpm.2014.06.002. Epub 2015 Mar 5. PMID: 25829315.
 71. Morino M., Toppino M., Forestieri P., Angrisani L., Allaix ME., Scopinaro N. Mortality after bariatric surgery: analysis of 13,871 morbidly obese patients from a national registry. *Ann Surg*. 2007 Dec;246(6):1002-7; discussion 1007-9. doi: 10.1097/SLA.0b013e31815c404e. PMID: 18043102.
 72. Mantziari S., Duvoisin C., Demartines N., Favre L., Suter M. Complications fonctionnelles et chirurgicales après chirurgie bariatrique pour obésité sévère [Functional and surgical complications after bariatric surgery for severe obesity]. *Rev Med Suisse*. 2019 Mar 20;15(643):622-625. French. PMID: 30892840.
 73. Landais A. Chirurgie bariatrique : complications neurologiques. *Nutrition clinique et métabolisme*. 2016 ; 30(1), 4-10.
 74. Onnis L. Anorexie et boulimie, le temps suspendu. Bruxelles: Ed. De Boeck Supérieur. 2013 ;
 75. Corminboeuf Y., Rieben I., Gebhard S., Pralong F., Stiefel, F. Préparation à la chirurgie bariatrique : lorsque prendre du temps n'est pas en perdre, *Rev Med Suisse*. 2017; volume 3. no. 555, 650 - 654
 76. Bramming M., Hviid SS., Becker U., Jørgensen MB., Neermark S., Bisgaard T., Tolstrup JS. Changes in relationship status following bariatric surgery. *Int J Obes (Lond)*. 2021 Jul;45(7):1599-1606. doi: 10.1038/s41366-021-00825-2. Epub 2021 Apr 30. PMID: 33931745.

77. Steffen KJ., King WC., White GE, et al. Changes in Sexual Functioning in Women and Men in the 5 Years After Bariatric Surgery. *JAMA Surg.* 2019;154(6):487–498. doi:10.1001/jamasurg.2018.1162
78. Steffen KJ., King WC., White GE., et al. Changes in Sexual Functioning in Women and Men in the 5 Years After Bariatric Surgery. *JAMA Surg.* 2019;154(6):487–498. doi:10.1001/jamasurg.2018.1162
79. Svensson P., Anveden A., Romeo S. Alcohol consumption and alcohol problems after bariatric surgery in the Swedish obese subjects study. *Obesity* 2013;21:2444–51.
80. Cerón-Solano G., Zepeda RC., Romero Lozano JG., Roldán-Roldán G., Morin JP. Bariatric surgery and alcohol and substance abuse disorder: A systematic review. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2021 Nov;99(9):635-647. doi: 10.1016/j.cireng.2021.10.004. Epub 2021 Oct 22. PMID: 34690075.
81. Li L., Wu LT. Substance use after bariatric surgery: A review. *J Psychiatr Res.* 2016;76:16-29. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.01.009
82. King WC., Chen JY., Courcoulas AP., Dakin GF., Engel SG., Flum DR., Hinojosa MW., Kalarchian MA., Mattar SG., Mitchell JE., Pomp A., Pories WJ., Steffen KJ., White GE., Wolfe BM., Yanovski SZ. Alcohol and other substance use after bariatric surgery: prospective evidence from a U.S. multicenter cohort study. *Surg Obes Relat Dis.* 2017 Aug;13(8):1392-1402. doi: 10.1016/j.soard.2017.03.021. Epub 2017 Mar 31. PMID: 28528115; PMCID: PMC5568472.
83. Miller-Matero LR., Hamann A., LaLonde L., Martens KM., Son J., Clark-Sienkiewicz S., Sata M., Coleman JP., Hecht LM., Braciszewski JM., Carlin AM. Predictors of Alcohol Use after Bariatric Surgery. *J Clin Psychol Med Settings.* 2021 Sep;28(3):596-602. doi: 10.1007/s10880-020-09751-3. Epub 2020 Nov 17. PMID: 33205321.
84. Iceta S., Disse E., Robert M., Laville M. Troubles psychiatriques et chirurgie bariatrique, Santé mentale, obésité et chirurgie bariatrique interdépendants. *La Revue du praticien.* 2022 ; 202272(2);179-83
85. Luppino FS., de Wit LM., Bouvy PF., Stijnen T., Cuijpers P., Penninx BWJH., et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:220-9.

86. Dawes AJ., Maggard-Gibbons M., Maher AR., Booth MJ., Miake-Lye I., Beroes JM., et al., Mental health conditions among patients seeking and undergoing bariatric Surgery. *JAMA*. 2016;315:150-63.
87. Gill H., Kang S., Lee Y., Rosenblat JD., Brietzke E., Zuckerman H., McIntyre RS. The long-term effect of bariatric surgery on depression and anxiety. *J Affect Disord*. 2019 Mar 1;246:886-894. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.113. Epub 2018 Dec 28. PMID: 30795495.
88. RIBEIRO, G. A. N. D. A., Giapietro, H. B., Belarmino, L. B., & Salgado-Junior, W. Depression, anxiety, and binge eating before and after bariatric surgery: Problems that remain. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*. 2018; 31.
89. Smith KE, Mason TB, Cao L, Crosby RD, Steffen KJ, Garcia L, King WC, Mitchell JE. Trajectories of depressive symptoms and relationships with weight loss in the seven years after bariatric surgery. *Obes Res Clin Pract*. 2020 Sep-Oct;14(5):456-461. doi: 10.1016/j.orcp.2020.08.007. Epub 2020 Sep 12. PMID: 32933863; PMCID: PMC8320367.
90. Lu CW, Chang YK, Lee YH, Kuo CS, Chang HH, Huang CT, Hsu CC, Huang KC. Increased risk for major depressive disorder in severely obese patients after bariatric surgery - a 12-year nationwide cohort study. *Ann Med*. 2018 Nov;50(7):605-612. doi: 10.1080/07853890.2018.1511917. Epub 2018 Sep 7. PMID: 30101619.
91. Bhatti JA, Nathens AB, Thiruchelvam D, Grantcharov T, Goldstein BI, Redelmeier DA. Self-harm Emergencies After Bariatric Surgery: A Population-Based Cohort Study. *JAMA Surg*. 2016
92. Neovius M, Bruze G, Jacobson P, Sjöholm K, Johansson K, Granath F, Sundström J, Näslund I, Marcus C, Ottosson J, Peltonen M, Carlsson LMS. Risk of suicide and non-fatal self-harm after bariatric surgery: results from two matched cohort studies. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2018 Mar;6(3):197-207. doi: 10.1016/S2213-8587(17)30437-0. Epub 2018 Jan 9. PMID: 29329975; PMCID: PMC5932484.
93. Castaneda D, Popov VB, Wander P, Thompson CC. Risk of Suicide and Self-harm Is Increased After Bariatric Surgery-a Systematic Review and Meta-analysis. *Obes Surg*. 2019
94. 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*. 2014 Feb;55(2):248-59. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.08.021. Epub 2013 Oct 24. PMID: 24290079; PMCID: PMC3985130.

95. Petry NM, Barry D, Pietrzak RH, Wagner JA. Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosom Med.* 2008 Apr;70(3):288-97. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181651651. Epub 2008 Mar 31. PMID: 18378873.
96. RIBEIRO, G. A. N. D. A., Giapietro, H. B., Belarmino, L. B., & Salgado-Junior, W. Depression, anxiety, and binge eating before and after bariatric surgery: Problems that remain. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*. 2018; 31.
97. Lorico S, Colton B. Medication management and pharmacokinetic changes after bariatric surgery. *Can Fam Physician.* 2020 Jun;66(6):409-416. PMID: 32532720; PMCID: PMC7292522.
98. Gill H, Kang S, Lee Y, Rosenblat JD, Brietzke E, Zuckerman H, et al. The long-term effect of bariatric surgery on depression and anxiety. *J Affect Disord* 2019;246:886-94.
99. Freire CC, Zanella MT, Segal A, Arasaki CH, Matos MIR, Carneiro G. Associations between binge eating, depressive symptoms and anxiety and weight regain after Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Eat Weight Disord.* 2021 Feb;26(1):191-199. doi: 10.1007/s40519-019-00839-w. Epub 2020 Jan 2. PMID: 31898239.
100. Neovius M et al. Risk of suicide and non-fatal self-harm after bariatric surgery: results from two matched cohort studies. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2018 march;6:197-207. doi: 10.1016/S2213-8587(17)30437-0
101. Le Chatelier E, Nielsen T, Qin J, Prifti E, Hildebrand F, Falony G, Almeida M, Arumugam M, Batto JM, Kennedy S, Leonard P, Li J, Burgdorf K, Grarup N, Jørgensen T, Brandslund I, Nielsen HB, Juncker AS, Bertalan M, Levenez F, Pons N, Rasmussen S, Sunagawa S, Tap J, Tims S, Zoetendal EG, Brunak S, Clément K, Doré J, Kleerebezem M, Kristiansen K, Renault P, Sicheritz-Ponten T, de Vos WM, Zucker JD, Raes J, Hansen T; MetaHIT consortium, Bork P, Wang J, Ehrlich SD, Pedersen O. Richness of human gut microbiome correlates with metabolic markers. *Nature.* 2013 Aug 29;500(7464):541-6. doi: 10.1038/nature12506. PMID: 23985870.
102. Aron-Wisnewsky J, Prifti E, Belda E, Ichou F, Kayser BD, Dao MC, Verger EO, Hedjazi L, Bouillot JL, Chevallier JM, Pons N, Le Chatelier E, Levenez F, Ehrlich SD, Dore J, Zucker JD, Clément K. Major microbiota dysbiosis in severe obesity: fate after bariatric surgery. *Gut.* 2019 Jan;68(1):70-82. doi: 10.1136/gutjnl-2018-316103. Epub 2018 Jun 13. PMID: 29899081; PMCID: PMC7143256

103. Pindjakova, J., Sartini, C., Lo Re, O., Rappa, F., Coupe, B., Lelouvier, B., ... & Vinciguerra, M. (2017). Gut dysbiosis and adaptive immune response in diet-induced obesity vs. systemic inflammation. *Frontiers in Microbiology*, 8, 1157.
104. Al Mansoori A, Shakoor H, Ali HI, Feehan J, Al Dhaheri AS, Cheikh Ismail L, Bosevski M, Apostolopoulos V, Stojanovska L. Les effets de la chirurgie bariatrique sur le statut de la vitamine B et la santé mentale. *Nutriments*. 2021; 13(4):1383. <https://doi.org/10.3390/nu13041383>
105. Taba JV, Suzuki MO, Nascimento FSD, Iuamoto LR, Hsing WT, Pipek LZ, Carneiro-D'Albuquerque LA, Meyer A, Andraus W. The Development of Feeding and Eating Disorders after Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2021 Jul 13;13(7):2396. doi: 10.3390/nu13072396. PMID: 34371904; PMCID: PMC8308796.
106. Parker K, Brennan L. Measurement of disordered eating in bariatric surgery candidates: a systematic review of the literature. *Obes Res Clin Pract*. 2015 Jan-Feb;9(1):12-25. doi: 10.1016/j.orcp.2014.01.005. Epub 2014 Feb 28. PMID: 25660171.
107. Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Miake-Lye I, Beroes JM, Shekelle PG. Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis. *JAMA*. 2016 Jan 12;315(2):150-63. doi: 10.1001/jama.2015.18118. PMID: 26757464
108. Kops NL, Vivan MA, Fülber ER, Fleuri M, Fagundes J, Friedman R. Preoperative Binge Eating and Weight Loss After Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obes Surg*. 2021 Mar;31(3):1239-1248. doi: 10.1007/s11695-020-05124-9. Epub 2020 Nov 21. PMID: 33219919.
109. Parker K, Brennan L. Measurement of disordered eating in bariatric surgery candidates: a systematic review of the literature. *Obes Res Clin Pract*. 2015 Jan-Feb;9(1):12-25. doi: 10.1016/j.orcp.2014.01.005. Epub 2014 Feb 28. PMID: 25660171.
110. Meany, Gavin; Conceição, Eva; Mitchell, James E. (2014). Binge Eating, Binge Eating Disorder and Loss of Control Eating: Effects on Weight Outcomes after Bariatric Surgery. *European Eating Disorders Review*, 22(2), 87–91. doi:10.1002/erv.2273
111. Taba JV, Suzuki MO, Nascimento FSD, Iuamoto LR, Hsing WT, Pipek LZ, Carneiro-D'Albuquerque LA, Meyer A, Andraus W. The Development of Feeding and Eating Disorders after Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2021 Jul 13;13(7):2396. doi: 10.3390/nu13072396. PMID: 34371904; PMCID: PMC8308796.

112. Legenbauer T, Petrak F, de Zwaan M, Herpertz S. Influence of depressive and eating disorders on short- and long-term course of weight after surgical and nonsurgical weight loss treatment. *Compr Psychiatry*. 2011 May-Jun;52(3):301-11. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.06.012. Epub 2010 Sep 6. PMID: 21497225.
113. Kalarchian MA, Wilson GT, Brolin RE, Bradley L. Effects of bariatric surgery on binge eating and related psychopathology. *Eat Weight Disord*. 1999 Mar;4(1):1-5. doi: 10.1007/BF03376581. PMID: 10728171.
114. Smith KE, Orcutt M, Steffen KJ, et al. Loss of control eating and binge eating in the 7 years following bariatric surgery. *Obes Surg*. 2019;29:1773–80.
115. Green AE, Dymek-Valentine M, Pytluk S, Le Grange D, Alverdy J. Psychosocial outcome of gastric bypass surgery for patients with and without binge eating. *Obes Surg*. 2004 Aug;14(7):975-85. doi: 10.1381/0960892041719590. PMID: 15329189.
116. Sallet PC, Sallet JA, Dixon JB, Collis E, Pisani CE, Levy A, Bonaldi FL, Cordás TA. Eating behavior as a prognostic factor for weight loss after gastric bypass. *Obes Surg*. 2007 Apr;17(4):445-51. doi: 10.1007/s11695-007-9077-3. PMID: 17608254.
117. Boan J, Kolotkin RL, Westman EC, McMahon RL, Grant JP. Binge eating, quality of life and physical activity improve after Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. *Obes Surg*. 2004 Mar;14(3):341-8. doi: 10.1381/096089204322917864. PMID: 15072655.
118. Latner JD, Wetzler S, Goodman ER, Glinski J. Gastric bypass in a low-income, inner-city population: eating disturbances and weight loss. *Obes Res*. 2004 Jun;12(6):956-61. doi: 10.1038/oby.2004.117. PMID: 15229335
119. Malone M, Alger-Mayer S. Binge status and quality of life after gastric bypass surgery: a one-year study. *Obes Res*. 2004 Mar;12(3):473-81. doi: 10.1038/oby.2004.53. PMID: 15044664.
120. HAS. Chirurgie de l'obésité : des progrès à faire pour garantir la réussite de chaque opération. Communiqué de presse. 2016 ; URL : https://www.has-sante.fr/icms/c_2674857/fr/chirurgie-de-l-obesite-des-progres-a-faire-pour-garantir-la-reussite-de-chaque-operation
121. Lujan J, Tuero C, Landecho MF, Moncada R, A Cienfuegos J, Rotellar F, Silva C, Lapuente F, Martínez P, Frühbeck G, Valenti V. Impact of Routine and Long-Term Follow-Up on Weight Loss after Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2020 Nov;30(11):4293-4299. doi: 10.1007/s11695-020-04788-7. Epub 2020 Jun 25. PMID: 32583298.

122. Shen R, Dugay G, Rajaram K, Cabrera I, Siegel N, Ren CJ. Impact of patient follow-up on weight loss after bariatric surgery. *Obes Surg.* 2004 Apr;14(4):514-9. doi: 10.1381/096089204323013523. PMID: 15130229.
123. Compher CW, Hanlon A, Kang Y, Elkin L, Williams NN. Attendance at clinical visits predicts weight loss after gastric bypass surgery. *Obes Surg.* 2012 Jun;22(6):927-34. doi: 10.1007/s11695-011-0577-9. PMID: 22161257.
124. Kim, Hyun Joon; Madan, Aman; Fenton-Lee, Douglas (2014). *Does Patient Compliance with Follow-up Influence Weight Loss After Gastric Bypass Surgery? A Systematic Review and Meta-Analysis.* *Obesity Surgery*, 24(4), 647–651. doi:10.1007/s11695-014-1178-1
125. Reiber BMM, Barendregt R, de Vries R, Bruin SC, van der Peet DL. Is Adherence to Follow-Up After Bariatric Surgery Necessary? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Surg.* 2022;32(3):904-911. doi:10.1007/s11695-021-05857-1
126. Corminboeuf, Y., Rieben, I., Gebhard, S., Pralong, F., P., Stiefel, F. (2017). 'Préparation à la chirurgie bariatrique : lorsque prendre du temps n'est pas en perdre', *Rev Med Suisse* 2017; volume 3. no. 555, 650 – 654
127. Corminboeuf, Y., Rieben, I., Gebhard, S., Pralong, F., P., Stiefel, F. (2017). 'Préparation à la chirurgie bariatrique : lorsque prendre du temps n'est pas en perdre', *Rev Med Suisse* 2017; volume 3. no. 555, 650 – 654
128. OMS. Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe : Relever les défis, trouver des solutions. 2005 ; URL : https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf
129. Pacte Européen pour la santé mentale et le bien-être. 2008 ; URL : https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf
130. Bellahsen M. La révolte de la psychiatrie. La découverte. 2020
131. Lawrence BJ, Kerr D, Pollard CM, Theophilus M, Alexander E, Haywood D, O'Connor M. Weight bias among health care professionals: A systematic review and meta-analysis. *Obesity (Silver Spring)*. 2021 Nov;29(11):1802-1812. doi: 10.1002/oby.23266. Epub 2021 Sep 6. PMID: 34490738.
132. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR, Stuart H, Akiyama T, Arboleda-Flórez J, Baumann AE, Gureje O, Jorge MR, Kastrup M, Suzuki Y, Tasman A. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry.* 2010 Oct;9(3):131-44. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00296.x. PMID: 20975855; PMCID: PMC2948719.

133. Maréchal, V. Place de la consultation psychiatrique dans la chirurgie de l'obésité. In Annales Médico-psychologiques. 2005 ; revue psychiatrique. Vol. 163, No. 7, pp. 611-614. Elsevier Masson.
134. Echard, B. Vers la toute-puissance médicale. *Souffrance spirituelle du patient en fin de vie: La question du sens*. 2006 ; pp. 29-39. Toulouse: Érès.
135. Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Formisano G, Buchwald H, Scopinaro N. Bariatric Surgery Worldwide 2013. *Obes Surg*. 2015 Oct;25(10):1822-32. doi: 10.1007/s11695-015-1657-z. PMID: 25835983.
136. Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, Garvey WT, Joffe AM, Kim J, Kushner RF, Lindquist R, Pessah-Pollack R, Seger J, Urman RD, Adams S, Cleek JB, Correa R, Figaro MK, Flanders K, Grams J, Hurley DL, Kothari S, Seger MV, Still CD. Clinical practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and non surgical support of patients undergoing bariatric procedures – 2019 update : cosponsored by AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS/AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY, THE OBESITY SOCIETY, AMERICAN SOCIETY FOR METABOLIC & BARIATRIC SURGERY, OBESITY MEDICINE ASSOCIATION, AND AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS – executive summary. *Endocr Pract*. 2019 Dec;25(12):1346-1359. doi: 10.4158/GL-2019-0406. Epub 2019 Nov 4. PMID: 31682518.
137. MDii, L. B. Bariatric Surgery: Selection & Preoperative Workup. URL : <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2020/08/Bariatric-Surgery-%E2%80%93-Preoperative-Workup.pdf>
138. PhDi, V. H. T. M., Sanjeev Sockalingam, M. D., MHPEii, R. H. M., & PhDiv, M. H. M. The Role of Mental Health in Obesity Management. URL : <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2020/08/Mental-Health-in-Obesity-Management.pdf>
139. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos para todos los niveles de atención. Argentina 2013. URL : http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000302cnt-2013-11_gpc_obesidad-2013.pdf
140. Brazil Ministry of Health Ordinance. nº 492, August 31 2007. URL : http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2007/prt0492_31_08_2007_rep_comp.html

141. Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Diretrizes Brasileiras de Obesidade. Brasil, 2016. URL : <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>
142. Haute Autorité de Santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. 2009
143. National Health and Medical Research Council. The Clinical Practice Guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia is intended for use by clinicians including general practitioners. 2013.
144. Rodríguez B, García Martí S, Pichon-Riviere A, Augustovski F, Alcaraz A, Bardach A, Ciapponi A. Cirugía bariátrica como tratamiento de la obesidad. Documentos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Reporte orientado a la formulación de políticas de cobertura N° 037. 2017 ; Buenos Aires, Argentina.
145. Di Lorenzo, Nicola; Antoniou, Stavros A.; Batterham, Rachel L.; Busetto, Luca; Godoroja, Daniela; Iossa, Angelo; Carrano, Francesco M.; Agresta, Ferdinando; Alarçson, Isaias; Azran, Carmil; Bouvy, Nicole; Balaguã Ponz, Carmen; Buza, Maura; Copaescu, Catalin; De Luca, Maurizio; Dicker, Dror; Di Vincenzo, Angelo; Felsenreich, Daniel M.; Francis, Nader K.; Fried, Martin; Gonzalo Prats, Berta; Goitein, David; Halford, Jason C. G.; Herlesova, Jitka; Kalogridaki, Marina; Ket, Hans; Morales-Conde, Salvador; Piatto, Giacomo; Prager, Gerhard; Pruijssers, Suzanne; Pucci, Andrea; Rayman, Shlomi; Romano, Eugenia; Sanchez-Cordero, Sergi; Vilallonga, Ramon; Silecchia, Gianfranco (2020). Clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES) on bariatric surgery: update 2020 endorsed by IFSO-EC, EASO and ESPCOP. *Surgical Endoscopy*, (), -. doi:10.1007/s00464-020-07555-y
- 146.138. Taylor VH, Sockalingam S, Hawa R, Hahn M. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: The Role of Mental Health in Obesity Management. URL :
147. <https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/7-The-Role-of-Mental-Health-v4-with-links.pdf>
148. Ng M, Fleming T, Robinson M, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014; 384:766-81.
149. Oberlin P., de PERETTI C. Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997. Études et résultats. 2018 ; (1051).

150. Anthony N Fabricatore; Canice E Crerand; Thomas A Wadden; David B Sarwer; Jennifer L Krasucki. How Do Mental Health Professionals Evaluate Candidates for Bariatric Surgery? Survey Results. 2006; , 16(5), 567–573. doi:10.1381/096089206776944986
151. Bauchowitz, Andrea U.; Gonder-Frederick, Linda A.; Olbrisch, Mary-Ellen; Azarbad, Leila; Rye, Mi-Young; Woodson, Monique; Miller, Anna; Schirmer, Bruce. Psychosocial Evaluation of Bariatric Surgery Candidates: A Survey of Present Practices. Psychosomatic Medicine. 2005 ; 67(5), 825–832. doi:10.1097/01.psy.0000174173.32271.01
152. Madsbad, Sten; Holst, Jens J. Bariatric surgery—which procedure is the optimal choice?. The Lancet. 2019 ; S0140673619304891–.
153. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Etude sur la chirurgie bariatrique en 2011. Point d'information du 21 février 2013. URL : <http://www.automesure.com/library/pdf/DP-cnam-chir-obesite-2013.pdf>
154. El Chaar, Maher; McDeavitt, Kathleen; Richardson, Sarah; Gersin, Keith S.; Kuwada, Timothy S.; Stefanidis, Dimitrios. Does patient compliance with preoperative bariatric office visits affect postoperative excess weight loss?. Surgery for Obesity and Related Diseases. 2011; 7(6), 743–748. doi:10.1016/j.soard.2010.10.020
155. Shen R, Dugay G, Rajaram K, Cabrera I, Siegel N, Ren CJ. Impact of patient follow-up on weight loss after bariatric surgery. Obes Surg. 2004 Apr;14(4):514-9. doi: 10.1381/096089204323013523. PMID: 15130229.
156. Thereaux J, Lesuffleur T, Païta M, Czernichow S, Basdevant A, Msika S, Millat B, Fagot-Campagna A. Long-term follow-up after bariatric surgery in a national cohort. Br J Surg. 2017 Sep;104(10):1362-1371. doi: 10.1002/bjs.10557. Epub 2017 Jun 28. PMID: 28657109.
157. Puzifferri N, Roshek TB 3rd, Mayo HG, Gallagher R, Belle SH, Livingston EH. Long-term follow-up after bariatric surgery: a systematic review. JAMA. 2014 Sep 3;312(9):934-42. doi: 10.1001/jama.2014.10706. PMID: 25182102; PMCID: PMC4409000.
158. Thereaux J, Lesuffleur T, Czernichow S, Basdevant A, Msika S, Nocca D, Millat B, Fagot-Campagna A. Long-term adverse events after sleeve gastrectomy or gastric bypass: a 7-year nationwide, observational, population-based, cohort study. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019 Oct;7(10):786-795. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30191-3. Epub 2019 Aug 2. PMID: 31383618.

159. Halimi S. Chirurgie bariatrique : état des lieux en France en 2019. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2019 ; 13(8), 677–686. doi:10.1016/S1957-2557(19)30210-X
160. Kouidrat Y, Amad A, Stubbs B, Moore S, Gaughran F. Surgical Management of Obesity Among People with Schizophrenia and Bipolar Disorder: a Systematic Review of Outcomes and Recommendations for Future Research. *Obes Surg*. 2017 Jul;27(7):1889-1895. doi: 10.1007/s11695-017-2715-5. PMID: 28508277.
161. Fuchs HF, Laughter V, Harnsberger CR, Broderick RC, Berducci M, DuCoin C, Langert J, Sandler BJ, Jacobsen GR, Perry W, Horgan S. Patients with psychiatric comorbidity can safely undergo bariatric surgery with equivalent success. *Surg Endosc*. 2016 Jan;30(1):251-8. doi: 10.1007/s00464-015-4196-8. Epub 2015 Apr 7. PMID: 25847138.
162. Shelby SR, Labott S, Stout RA. Bariatric surgery: a viable treatment option for patients with severe mental illness. *Surg Obes Relat Dis*. 2015 Nov-Dec;11(6):1342-8. doi: 10.1016/j.soard.2015.05.016. Epub 2015 Jun 3. PMID: 26363716.
163. Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, et al. Bariatric Surgery Worldwide 2013. *Obes Surg* 2015; 25:1822-32.
164. Sécurité Sociale – l'Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2020. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2020 (loi du 13 août 2004). Juillet 2019.

Table des figures

<i>Figure 1: mécanismes biochimiques et physiologiques communs entre dépression et obésité</i>	25
<i>Figure 2: mécanismes pharmacologiques pouvant influencer la prise de poids</i>	25
<i>Figure 3: Mécanismes étiologiques d'une prise de poids lors d'un traitement par psychotrope</i>	26
<i>Figure 4 : Evolution des interventions de chirurgie de l'obésité en France entre 1997 et 2016</i>	37
<i>Figure 5 : La technique par anneau gastrique ajustable</i>	38
<i>Figure 6 : La technique par gastrectomie longitudinale dite « sleeve gastrectomy »</i>	38
<i>Figure 7 : La technique par dérivation biliopancréatique</i>	39
<i>Figure 8 : La technique par bypass gastrique</i>	40
<i>Figure 9 : Evolution de la part des différentes techniques de chirurgie bariatrique de 2000 à 2016 en France</i>	41
<i>Figure 10 : Le parcours du patient candidat à la chirurgie bariatrique</i>	45
<i>Figure 11 : satisfaction sexuelle auto-rapportée par les femmes et les hommes avant la chirurgie et durant le suivi post-opératoire</i>	48
<i>Figure 12: impact de la carence en vitamine B</i>	56
<i>Figure 13 : procédures bariatriques chirurgicales et non-chirurgicales</i>	70
<i>Figure 14 : contre-indications à la chirurgie bariatrique</i>	78
<i>Figure 15, Capture d'écran du formulaire en ligné adressé au comité d'Experts</i>	80
<i>Figure 16, Capture d'écran de la grille finale soumise aux psychiatres et psychologues</i>	84
<i>Figure 17, fiche récapitulative proposée comme guide à l'entretien d'évaluation préopératoire aux participants de l'étude</i>	85
<i>Figure 18, Tableau récapitulatif des grilles d'items réalisées</i>	85
<i>Figure 19, Capture d'écran des questions préalables à la grille d'items</i>	86
<i>Figure 20, Répartition des contacts pris</i>	87
<i>Figure 21, Diagramme de flux des réponses à l'auto-questionnaire</i>	88
<i>Figure 22 : Fréquence à laquelle les psychiatres et psychologues rapportent interrogés les items de l'auto-questionnaire soumis (partie 1/2)</i>	90
	130

<i>Figure 23 : Fréquence à laquelle les psychiatres et psychologues rapportent interrogés les items de l'auto-questionnaire soumis (partie 2/2)</i>	<i>91</i>
<i>Figure 24 : taux de chirurgies bariatriques pratiquées sur le territoire français en 2011 en comparaison à la prévalence de l'obésité en 2012</i>	<i>103</i>
<i>Figure 25 : Quantité d'actes de chirurgie bariatrique sur l'année 2019</i>	<i>105</i>

Annexes

Annexe 1 : Fiche de conseils pour l'activité physique émise par la HAS en 2011



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Exemples d'activités physiques en fonction de leur intensité

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

Les durées mentionnées de façon indicative sont celles correspondant à un volume d'activité physique équivalent à 30 minutes d'activité d'intensité modérée

Annexe 2 : Fiche de conseils pour l'alimentation émise par la HAS en 2011



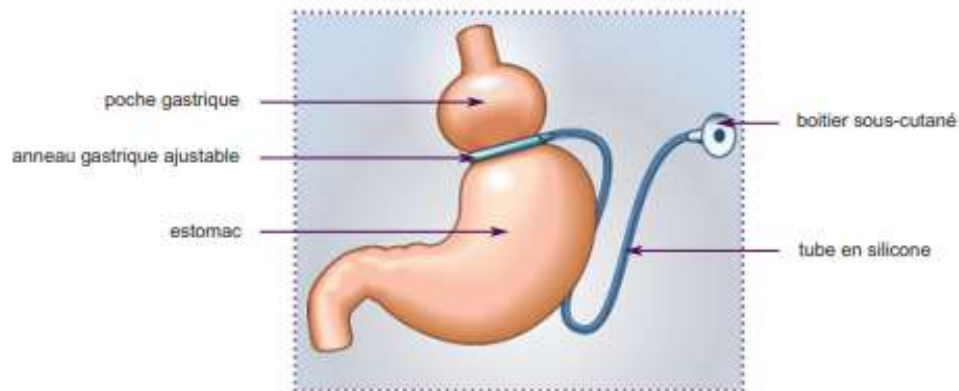
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Fiche de conseils pour l'alimentation

Conseils diététiques
Limitier la consommation des aliments à forte densité énergétique, riches en lipides ou en sucres, et les boissons sucrées ou alcoolisées
Choisir des aliments de faible densité énergétique (fruits, légumes), boire de l'eau
Contrôler la taille des portions *
Diversifier les choix alimentaires en mangeant de tout (ne pas éliminer les aliments préférés mais en manger modérément)
Manger suffisamment et lentement à l'occasion des repas, ne pas manger debout, mais assis bien installé à une table, si possible dans la convivialité
Structurer les prises alimentaires en repas et en collations en fonction des nécessités du mode de vie du sujet (en général, 3 repas principaux et une collation éventuelle), ne pas sauter de repas pour éviter les grignotages entre les repas favorisés par la faim
Rassurer le patient quant à son droit au plaisir de manger, la convivialité des repas est souhaitable
Conseils pour l'acquisition des aliments
Prévoir les menus pour le nombre de convives
Faire une liste de courses
Faire ses courses sans avoir faim
Éviter d'acheter des aliments consommables sans aucune préparation
Apprendre à lire les étiquettes d'information sur les emballages
Conseils pour la préparation des aliments
Cuisiner si possible soi-même ou indiquer clairement les consignes à la personne qui cuisine
Proposer la même alimentation pour toute la famille (seules les quantités vont varier)
Utiliser les produits de saison
Limitier l'utilisation de matière grasse pour la cuisson
Cuisiner des quantités adaptées. Limitier la taille des plats. S'il y a des restes, proposer de les accommoder pour le repas suivant
Conseils pour les repas
Se consacrer au repas, être attentif à son assiette
Prêter attention aux sensations perçues lorsqu'on mange (est-ce acide, amer, sucré, chaud ?)
Servir à l'assiette ; remplir les assiettes avant de les apporter sur la table (éviter de laisser le plat sur la table). Ne pas se resservir
Déposer les couverts entre chaque bouchée en cas de tachyphagie †
Utiliser des assiettes de diamètre standard (ou petit) pour obtenir une taille des portions adaptée
Conseils entre les repas
Proposer aux personnes qui mangent en réaction à des émotions négatives (déception, ennui, nervosité) un comportement incompatible avec le fait de manger comme téléphoner ou se doucher ou faire une promenade
Éviter d'acheter ou stocker en quantité les aliments habituellement consommés lors des prises alimentaires extra-prandiales (grignotage)
En cas de perte de contrôle, préférer les aliments à faible densité calorique. Accepter de ne pas se cacher et de prendre le temps de déguster lentement

* : il existe un document iconographique conçu pour aider à l'estimation des quantités consommées (Portions alimentaires : manuel photos pour l'estimation des quantités) ; † : comportement alimentaire caractérisé par l'ingestion rapide d'aliments.

Technique de l'anneau gastrique ajustable



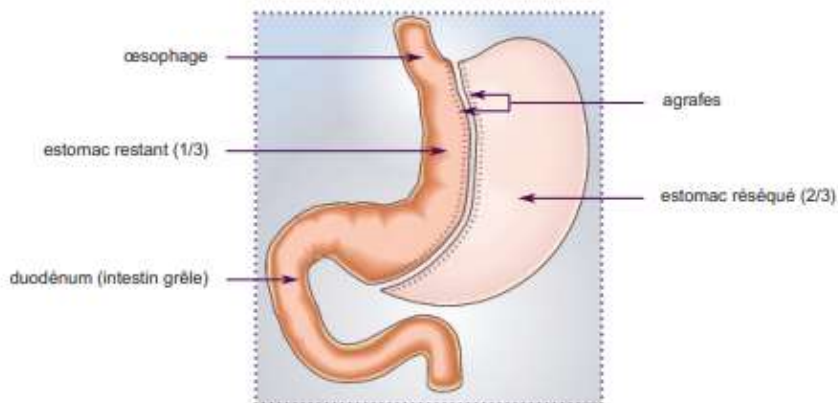
Principe	<p>Technique restrictive qui diminue le volume de l'estomac et ralentit le passage des aliments. Elle ne perturbe pas la digestion des aliments.</p> <p>Un anneau (dont le diamètre est modifiable) est placé autour de la partie supérieure de l'estomac, délimitant ainsi une petite poche. Peu d'aliments sont nécessaires pour remplir cette poche et la sensation de satiété apparaît rapidement. Les aliments vont s'écouler très lentement selon le principe du sablier.</p>
Caractéristiques	<p>Seule technique ajustable</p> <p>L'anneau est relié par un petit tube à un boîtier de contrôle placé sous la peau. Cet anneau peut être serré ou desserré en injectant un liquide dans le boîtier, à travers la peau. Un contrôle radiologique est nécessaire lors du suivi.</p> <p>L'anneau peut être retiré au cours d'une nouvelle intervention en cas de complication, d'inefficacité ou sur demande du patient.</p>
Perte de poids attendue	<p>De l'ordre de 40 à 60 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 20 à 30 kg¹. Le recul sur ces résultats est de 10 ans.</p> <p>En cas de retrait de l'anneau, une reprise de poids est habituelle.</p>
Durée moyenne de l'intervention²	1 heure
Durée moyenne de l'hospitalisation³	2 à 3 jours
Mortalité liée à l'intervention	0,1 %
Principaux risques de complications	<p>Des complications mécaniques peuvent survenir après l'intervention, même après plusieurs années :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ problèmes liés au boîtier : infections, déplacement du boîtier sous la peau, douleurs au niveau de l'emplacement du boîtier, rupture du tube reliant le boîtier et l'anneau ; ▶ glissement de l'anneau et dilatation de la poche au-dessus de l'anneau pouvant entraîner des vomissements importants voire l'impossibilité de s'alimenter ; ▶ troubles de l'œsophage (reflux, œsophagite, troubles moteurs...) ; ▶ lésions de l'estomac provoquées par l'anneau (érosion de l'estomac, migration de l'anneau). <p>Une nouvelle intervention peut s'avérer nécessaire pour retirer l'anneau ou pour réaliser une autre technique de chirurgie de l'obésité.</p>

1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m².

2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.

3. En l'absence de complication après l'intervention.

Technique de la gastrectomie longitudinale (ou gastrectomie en manchon ou *sleeve gastrectomy*)



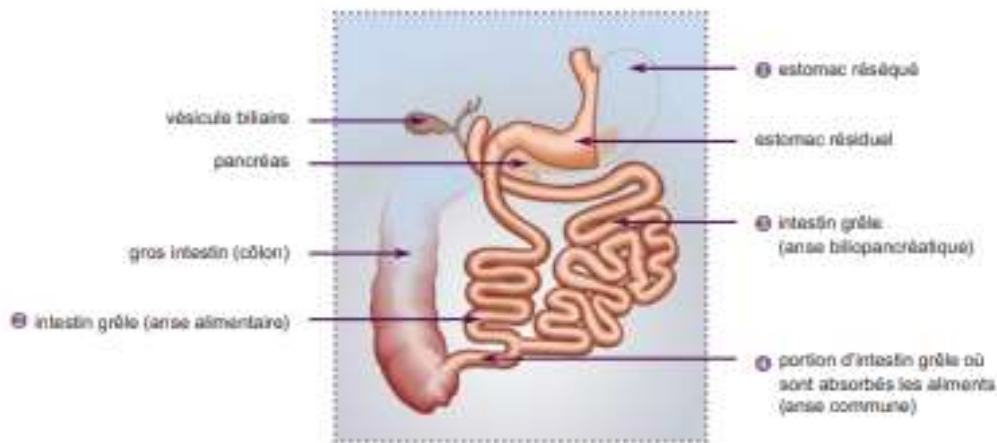
Principe	<p>Technique restrictive qui consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac et, notamment, la partie contenant les cellules qui sécrètent l'hormone stimulant l'appétit (ghréline). L'estomac est réduit à un tube vertical et les aliments passent rapidement dans l'intestin. En outre, l'appétit est diminué. Cette technique ne perturbe pas la digestion des aliments.</p> <p>La gastrectomie longitudinale constitue, parfois, la première étape d'une dérivation biliopancréatique (voir technique page 15).</p>
Perte de poids attendue	De l'ordre de 45 à 65 % de l'excès de poids après deux ans, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 25 à 35 kg ¹ . Le recul sur ces résultats est de 2 ans.
Durée moyenne de l'intervention ²	2 heures
Durée moyenne de l'hospitalisation ³	3 à 8 jours
Mortalité liée à l'intervention	Estimée à 0,2 %
Principaux risques de complications	<ul style="list-style-type: none"> ▶ ulcères, fuites ou rétrécissement au niveau de l'estomac restant ; ▶ hémorragies postopératoires précoces ; ▶ carences nutritionnelles possibles (à surveiller) ; ▶ reflux gastro-œsophagien (remontées acides et alimentaires dans l'œsophage) et inflammation de l'œsophage ; ▶ dilatation de l'estomac ;

1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m².

2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.

3. En l'absence de complication après l'intervention.

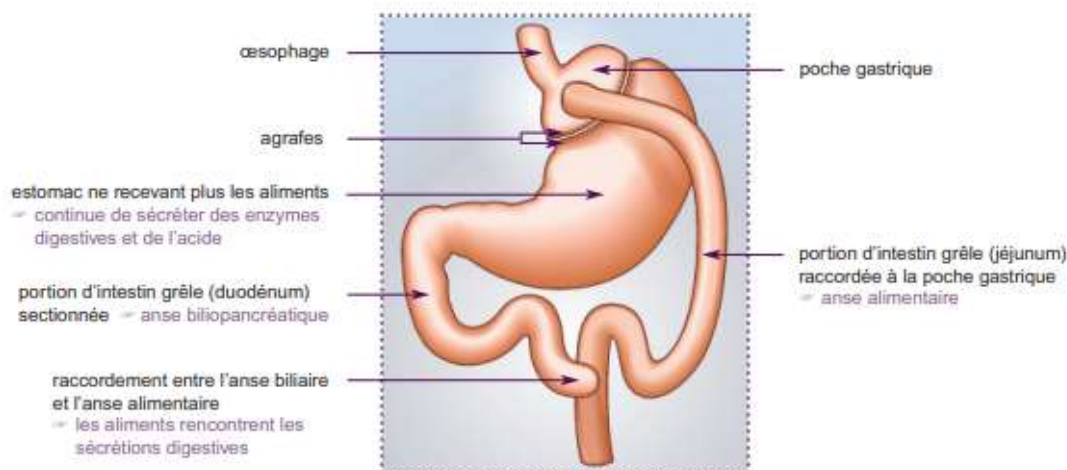
Technique de la dérivation biliopancréatique



Principe	<p>Technique restrictive et malabsorptive : cette technique complexe permet de limiter la quantité d'aliments ingérés et l'assimilation de ces aliments par l'intestin.</p> <p>La taille de l'estomac ① est réduite par gastrectomie et l'intestin grêle divisé en deux parties ③ et ④. L'estomac est raccordé à la partie ④ servant à véhiculer les aliments jusqu'au gros intestin. La partie ③, qui sert à transporter les sécrétions digestives du foie et du pancréas, est raccordée à la fin de l'intestin grêle ④. Ainsi, les aliments ne sont digérés par les sucs digestifs et assimilés que sur une courte portion de l'intestin grêle ④ ; l'essentiel des aliments passent directement dans le gros intestin sans être absorbés.</p>
Caractéristiques	Cette technique est réservée aux patients avec IMC ≥ 50 kg/m ² et/ou après échec d'une autre technique. Elle doit être pratiquée par une équipe spécialisée dans sa réalisation.
Perte de poids attendue	De l'ordre de 75 à 80 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 60 à 65 kg ¹ . Le recul sur ces résultats est de 25 ans.
Durée moyenne de l'intervention ²	4 à 5 heures
Durée moyenne de l'hospitalisation ³	8 à 10 jours
Mortalité liée à l'intervention	1 %
Principaux risques de complications	<ul style="list-style-type: none"> ▶ risque important de carences nutritionnelles (en protéines et en vitamines) ; ▶ risque important de malabsorption de médicaments ; ▶ complications fonctionnelles : diarrhée, selles malodorantes ; ▶ complications chirurgicales : ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de la jonction entre l'estomac et l'intestin, hémorragies, occlusion de l'intestin.

1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 50 kg/m².
2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.
3. En l'absence de complication après l'intervention.

Technique du bypass gastrique (ou court-circuit gastrique)



Principe	Technique restrictive et malabsorptive qui permet de diminuer à la fois la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche) et l'assimilation de ces aliments par l'organisme, grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin (aucun organe n'est enlevé). Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont donc assimilés en moindres quantités.
Perte de poids attendue	De l'ordre de 70 à 75 % de l'excès de poids, ce qui correspond à une perte de poids d'environ 35 à 40 kg ¹ . Le recul sur ces résultats est de 20 ans.
Durée moyenne de l'intervention²	1h30 à 3 heures
Durée moyenne de l'hospitalisation³	4 à 8 jours
Mortalité liée à l'intervention	0,5 %
Principaux risques de complications	<ul style="list-style-type: none"> ▶ complications chirurgicales : ulcère, fuites ou rétrécissement au niveau de la jonction entre l'estomac et l'intestin, hémorragies, occlusion de l'intestin ; ▶ carences nutritionnelles ; ▶ complications fonctionnelles : hypoglycémie après le repas, <i>dumping syndrome</i>[*], constipation.

1. Pour une personne de taille moyenne (1,70 m) avec un IMC égal à 40 kg/m².
2. En l'absence de complication au cours de l'intervention.
3. En l'absence de complication après l'intervention.

^{*} **Dumping syndrome** : sensation de malaise (avec palpitations, mal de tête, nausée, diarrhée...) qui peut survenir juste après un repas. Ce syndrome est dû à l'arrivée massive et rapide dans l'intestin d'aliments très riches en graisses ou en sucres.

Pour plus d'informations, téléchargez la brochure « Chirurgie de l'obésité - Ce qu'il faut savoir avant de se décider ! » sur www.has-sante.fr

Juillet 2009

GRILLE D'ITEMS POUR L'EVALUATION PSYCHO SOCIALE DES PATIENTS CANDIDATS A LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

I. LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

IMC actuel
Poids maximal et minimal atteint
Histoire de la courbe pondérale
Age des premières préoccupations corporelles
Antécédent de suivi nutritionnel
Nombre de tentative(s) de réduction pondérale
Le recours à un journal alimentaire
Nombre de prises alimentaires par jour et temps moyen
Contexte et cadre de la prise alimentaire
Structuration de l'assiette
Structure d'approvisionnement alimentaire
Appétences alimentaires
Présence de grignotages
Présence de tachyphagie
Présence de compulsions alimentaires
Présence d'hyperphagie prandiale
Présence de crises de boulimie
Présence d'une anorexie
Présence d'une alimentation sélective
Présence de règles alimentaires
Présence de stratégies d'évitement (repas, alimentations...)
Présence de rituels (repas, aliments...)
Présence de vomissements spontanés ou provoqués

Fréquence et durée de chaque comportement alimentaire
Comportement vis-à-vis de la faim et de la satiété
Comportement vis-à-vis des envies alimentaires
Comportement vis-à-vis des variations émotionnelles
Fréquence des pesées
Dysmorphophobie
Identification à un « gourou amaigrisseur » (réseaux sociaux, télé-réalité...)
Présence d'une obsession du contrôle pondérale
Rigidification des stratégies de contrôle pondérale
Gestion des « écarts alimentaires » et de la prise de poids

II. ANTECEDENTS ET COMORBIDITES

Antécédent d'un trouble du comportement alimentaire
Antécédent d'un trouble psychiatrique
Antécédent de suivi psychologique
Antécédent de suivi ou d'hospitalisation psychiatrique
Antécédent d'un trouble addictif
Antécédent de tentative(s) de suicide
Antécédent de traumatismes dans l'enfance ou à l'âge adulte : maltraitements, sévices sexuels, deuils...
Consommation de psychotropes (actuelle ou passée)
Trouble de l'humeur comorbide
Trouble anxieux comorbide
Trouble de la personnalité comorbide
Trouble cognitif comorbide
Trouble du sommeil comorbide
Trouble addictif comorbide
Antécédents familiaux de surpoids, obésité ou trouble alimentaire

L. POUPARD (février 2022)

Antécédents familiaux de trouble psychiatrique, de suivi ou d'hospitalisation	Motivations professionnelles
Antécédents familiaux de tentative(s) de suicide	Autres motivations : lesquelles ?
Antécédents familiaux d'un trouble addictif	Date et origine du projet
	Date du début du suivi pré-chirurgical
	Investissement dans le projet
	Investissement de l'entretien en cours
	Projections dans un suivi post-opératoire
	Présence et implication d'un conjoint
	Présence et information des enfants
	Présence et implication de l'entourage social
	V. LES RESSOURCES PSYCHOLOGIQUES
	Expérience positive d'une psychothérapie
	Identification des ressources pour la gestion des émotions
	Connaissance des facteurs de prise de poids
	Identification des freins aux changements
	Adaptabilité face aux changements
	Expérience de persévérance dans un projet (professionnel ou autre)
	Mécanisme(s) de défense lors de l'entretien
	Identification des répercussions personnelles bio-psycho-sociales de l'obésité
	Qualité de vie
	Vécu de la stigmatisation
	Niveau de confiance en soi
	Compréhension des enjeux de la chirurgie de l'obésité
	Sources d'informations à disposition sur la chirurgie de l'obésité
	Connaissance des ressources en santé mentale à disposition
	IV. LA MOTIVATION
	Attente de perte de poids en kg
	Autres attentes de la chirurgie de l'obésité
	Motivations médicales
	Motivations physiques
	Motivations socio-familiales

Permis d'imprimer

Vu, le Président de thèse

Université

[Professeur/Docteur] Prénom NOM

Vu, le Doyen de l'UFR de Médecine

Université de Paris

Professeur Philippe RUSZNIEWSKI

Date :

Vu, la Présidente d'Université de Paris

Professeure Christine CLERICI

Pour la Présidente et par délégation,

Le Doyen Philippe RUSZNIEWSKI

État des lieux des pratiques concernant l'évaluation psychosociale des patients candidats à la chirurgie bariatrique.

Résumé :

L'activité de chirurgie bariatrique ne cesse d'augmenter et atteint pratiquement un million d'actes réalisés à l'échelle mondiale depuis les années 1950. Si l'efficacité de cette chirurgie en termes de morbi-mortalité des personnes obèses est incontestable, les effets secondaires sont parfois sévères notamment sur le plan psychiatrique et addictologique. Les recommandations françaises de la Haute Autorité de Santé (publiées en 2009) soulignent donc l'obligation d'évaluer chaque patient candidat à la chirurgie de l'obésité par un psychiatre et/ou un psychologue. Cependant, on constate que l'application de cette recommandation n'est ni systématique, ni standardisée. Ce travail a pour but d'évaluer l'hétérogénéité des pratiques des psychiatres et psychologues réalisant les évaluations psychosociales préopératoires à la chirurgie de l'obésité.

Une revue de la littérature a permis de poser les enjeux de cette évaluation et de comparer les recommandations internationales. Une grille listant les différents critères d'évaluation recherchés lors de cette consultation pré-opératoire a été établie. Des items de cette grille ont été sélectionnés en interrogeant les pratiques de trois psychiatres et quatre psychologues ayant une expertise en ce domaine et en s'appuyant sur la revue de la littérature.

Cet autoquestionnaire a été diffusé par messagerie électronique à trente psychiatres et psychologues du territoire français du secteur public ou privé afin de recueillir anonymement des données quantitatives et qualitatives.

Trente réponses ont été collectées parmi lesquelles 37 % étaient celles de psychiatres et 63 % celles de psychologues. Plus d'un cinquième des thèmes évalués par les professionnels ne faisaient pas consensus car moins de 50 % d'entre eux, les interrogent de manière systématique. Près d'un tiers des thèmes évalués font l'objet d'un accord professionnel partiel puisque interrogés dans moins de 75 % des cas. De plus, 75 % des professionnels interrogés

étaient « favorables » ou « plutôt favorables » à l'instauration d'un questionnaire standardisé pouvant les guider dans l'évaluation psycho-sociale des patients candidats à la chirurgie bariatrique.

Ce travail montre une hétérogénéité des pratiques dans les évaluations psychosociales des patients candidats à la chirurgie bariatrique. Les professionnels concernés sont en demande d'outils pour améliorer leurs pratiques et la grille d'évaluation proposée pourrait en être un. La poursuite des travaux de recherche dans le domaine des critères psycho-sociaux d'évaluation des patients candidats à la chirurgie de l'obésité est essentielle pour mieux repérer notamment les éléments qui constituent une contre-indication définitive ou temporaire à cette chirurgie.

Spécialité :

Psychiatrie

Mots clés français :

Obésité / Chirurgie bariatrique /consultation pré-opératoire
évaluation psycho sociale contre-indication

Forme ou Genre :

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

Université de Paris
UFR de médecine– Site Bichat
16, rue Henri Huchard75018 Paris