



HAL
open science

Antécédents psychotraumatiques et psychopathologie des patients obèses candidats à la chirurgie bariatrique

Christelle Quenot

► **To cite this version:**

Christelle Quenot. Antécédents psychotraumatiques et psychopathologie des patients obèses candidats à la chirurgie bariatrique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01732896

HAL Id: hal-01732896

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732896>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et 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 une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée
par

Christelle QUENOT

Née le 26 avril 1984 à THIONVILLE (57)

Le 1^{er} octobre 2012

Antécédents psychotraumatiques et psychopathologie des patients obèses candidats à la chirurgie bariatrique

Examineurs de la thèse :

Mr Jean-Pierre KAHN
Mr Daniel SIBERTIN-BLANC
Mr Didier QUILLIOT
Mme Pierrette WITKOWSKI

Professeur
Professeur
Professeur
Docteur en médecine

Président
Juge
Juge
Juge

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée
par

Christelle QUENOT

Née le 26 avril 1984 à THIONVILLE (57)

Le 1^{er} octobre 2012

Antécédents psychotraumatiques et psychopathologie des patients obèses candidats à la chirurgie bariatrique

Examineurs de la thèse :

Mr Jean-Pierre KAHN
Mr Daniel SIBERTIN-BLANC
Mr Didier QUILLIOT
Mme Pierrette WITKOWSKI

Professeur
Professeur
Professeur
Docteur en médecine

Président
Juge
Juge
Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Asseseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND
- Pierre BEY Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN -
Claude BURLET -
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY
- Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE -
Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain
GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN -
Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard
LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE -
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre
PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD -
Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND -
René-Jean ROYER Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON -
Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert
UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel
WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine
LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent
PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)
Docteur Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
3^{ème} sous-section :
Docteur Olivier MOREL
5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON
Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE
Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie
GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre
NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de
Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô
Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (USA)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de WUHAN (CHINE)

A notre Maître et Président de thèse

**Monsieur le Professeur J.P. KAHN
Professeur de psychiatrie d'adultes**

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse.

Nous avons eu la chance, pendant notre parcours, de bénéficier de votre expérience et de la richesse de vos enseignements.

Veillez accepter toute notre reconnaissance ainsi que notre plus grand respect.

A notre Maître et juge

Monsieur le Professeur D. SIBERTIN-BLANC

Professeur de pédopsychiatrie

Pour l'honneur que vous nous faites de juger ce travail, soyez assuré de notre reconnaissance et de notre respect.

A notre Maître et juge

Monsieur le Professeur D. QUILLIOT

Professeur de nutrition

Vous nous avez fait l'honneur et le plaisir de diriger puis de juger notre travail.

Nous tenons à vous remercier pour votre gentillesse, votre rigueur et votre implication dans cette thèse.

Que ce travail soit pour vous l'expression de notre plus sincère reconnaissance.

A notre juge et Directrice de thèse

Madame le Docteur P. WITKOWSKI

Docteur en psychiatrie d'adultes

Vous nous avez fait l'honneur de diriger et de juger notre travail.

Nous avons pu apprécier pleinement votre culture, votre gentillesse, votre disponibilité ainsi que votre intérêt à faire partager vos connaissances.

Que ce travail soit pour vous, l'expression de notre profond respect et gratitude.

Merci à toutes les équipes médicales et paramédicales qui m'ont aidée, soutenue et encouragée tout au long de mon parcours :

Le CHS de Ravenel

Le CHS de Jury les Metz

Le service de psychiatrie et psychologie clinique du CHU de Brabois

Les CMP enfant et adolescent de Lunéville

L'Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes de Nancy

L'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques de Nancy

Votre rôle dans la confirmation de ma vocation a été déterminant.

Merci aux patients qui ont jalonné mon parcours et qui m'apprennent chaque jour un peu plus cet art qu'est la psychiatrie.

Merci à ma famille, ma grande famille, qui bien que parfois loin des yeux reste toujours dans mes pensées : Mamie, Papa, Maman, Anne, Blandine, Mat', Cassy, Petit Pierre et Sow. Je vous aime de tout mon cœur.

Merci à mes amis et amies, toujours présents pour moi, qui m'ont épaulée durant ces mois difficiles. Merci à toi Sophie.

Merci à toi, mon Bruno, pour tes précieux conseils et pour tout le reste...

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	- 17 -
1. <u>GENERALITES</u>	- 19 -
1.1. <u>La chirurgie bariatrique</u>	- 19 -
1.2. <u>Les troubles du comportement alimentaire</u>	- 20 -
1.2.1. <u>Epidémiologie</u>	- 20 -
1.2.2. <u>Psychopathologie des TCA</u>	- 21 -
1.2.3. <u>Psychopathologie du lien TCA/psychotraumatismes</u>	- 22 -
1.3. <u>Les psychotraumatismes</u>	- 23 -
1.3.1. <u>Définition</u>	- 23 -
1.3.2. <u>Approche psychanalytique</u>	- 24 -
1.3.3. <u>Epidémiologie</u>	- 26 -
2. <u>METHODOLOGIE</u>	- 27 -
2.1. <u>Parcours de soins</u>	- 27 -
2.2. <u>Evaluation psychiatrique</u>	- 27 -
2.3. <u>La pratique au CHU de Nancy</u>	- 29 -
2.4. <u>Méthodologie de l'étude</u>	- 30 -
2.5. <u>Analyses statistiques</u>	- 32 -
3. <u>RESULTATS</u>	- 33 -
3.1. <u>Description de la population</u>	- 33 -
3.2. <u>Antécédents psychiatriques familiaux</u>	- 33 -
3.3. <u>Antécédents psychiatriques personnels</u>	- 34 -
3.3.1. <u>Prévalences</u>	- 34 -
3.3.2. <u>Psychotraumatismes associés</u>	- 36 -
3.3.2.1. <u>Antécédents personnels de trouble de l'humeur</u>	- 36 -

3.3.2.2.	<u>Antécédents personnels de trouble anxieux</u>	- 36 -
3.3.2.3.	<u>Antécédents personnels de tentative de suicide</u>	- 37 -
3.3.2.4.	<u>Antécédents personnels d'addiction</u>	- 37 -
3.4.	<u>Troubles de la personnalité</u>	- 39 -
3.4.1.	<u>Prévalences</u>	- 39 -
3.4.2.	<u>Psychotraumatismes associés</u>	- 39 -
3.5.	<u>Addictions</u>	- 40 -
3.5.1.	<u>Prévalences</u>	- 40 -
3.5.2.	<u>Psychotraumatismes associés</u>	- 41 -
3.6.	<u>Troubles du comportement alimentaire</u>	- 42 -
3.6.1.	<u>Prévalences</u>	- 42 -
3.6.2.	<u>Psychotraumatismes associés</u>	- 43 -
3.7.	<u>BED</u>	- 44 -
3.7.1.	<u>Psychotraumatismes associés</u>	- 44 -
3.7.2.	<u>Troubles psychiatriques associés</u>	- 47 -
3.8.	<u>Psychotraumatismes</u>	- 49 -
3.9.	<u>Décision à l'issue de l'évaluation</u>	- 51 -
4.	<u>DISCUSSION</u>	- 53 -
4.1.	<u>Données importantes</u>	- 53 -
4.2.	<u>Autres résultats</u>	- 54 -
4.2.1.	<u>Description de la population</u>	- 54 -
4.2.2.	<u>Antécédents psychiatriques familiaux</u>	- 54 -
4.2.3.	<u>Antécédents personnels</u>	- 55 -
4.2.3.1.	<u>Prévalences</u>	- 55 -
4.2.3.2.	<u>Psychotraumatismes associés</u>	- 57 -

4.2.4.	<u>Troubles de la personnalité</u>	- 59 -
4.2.4.1.	<u>Prévalences</u>	- 59 -
4.2.4.2.	<u>Psychotraumatismes associés</u>	- 59 -
4.2.5.	<u>Addictions</u>	- 60 -
4.2.5.1.	<u>Prévalences</u>	- 60 -
4.2.5.2.	<u>Psychotraumatismes associés</u>	- 61 -
4.2.6.	<u>Troubles du comportement alimentaire</u>	- 61 -
4.2.6.1.	<u>Prévalences</u>	- 61 -
4.2.6.2.	<u>Psychotraumatismes associés</u>	- 62 -
4.2.7.	<u>BED</u>	- 64 -
4.2.7.1.	<u>Prévalences</u>	- 64 -
4.2.7.2.	<u>BED et psychotraumatismes</u>	- 64 -
4.2.7.3.	<u>BED et troubles psychiatriques</u>	- 65 -
4.3.	<u>Méthodologie : l'évaluation psychiatrique</u>	- 66 -
4.4.	<u>Les apports de l'étude</u>	- 69 -
4.5.	<u>Les limites de l'étude</u>	- 70 -
	<u>CONCLUSION</u>	- 72 -
	<u>BIBLIOGRAPHIE :</u>	- 74 -

LISTE DES ABREVIATIONS :

BED : *binge eating disorder*

CCG : court-circuit gastrique ou *gastric bypass*

GVC : gastroplastie verticale calibrée

HAS : haute autorité de santé

IMC : indice de masse corporelle

NES : *night eating syndrome*

PTSD : état de stress post-traumatique

TCA : trouble du comportement alimentaire

INTRODUCTION

La chirurgie bariatrique connaît un essor considérable ces dernières années. Le nombre annuel d'actes de chirurgie bariatrique en France a été multiplié par 7 de 1997 à 2006 (43). En 2010, environ 25000 interventions bariatriques ont été réalisées en France (63).

Aux Etats-Unis, ce nombre a été multiplié par 13 de 1992 à 2008 (26).

En Asie (hors Chine), de 2004 à 2009, le nombre d'actes par an a augmenté de 450% (53).

C'est en 1997 qu'a été mise en place au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nancy une prise en charge complète et spécifique à l'intention des patients en demande d'un traitement chirurgical de leur obésité morbide.

Jusqu'en 2005, l'anneau gastrique et la gastroplastie verticale calibrée étaient les techniques les plus utilisées. Depuis, le court-circuit gastrique ou *gastric bypass* s'est considérablement développé et peut même être réalisé entièrement avec un système robotique (35).

En 2010, un français sur sept est obèse et plus de 600 000 personnes ont une obésité morbide soit un Indice de Masse Corporelle (IMC) > 40 kg/m².

Dans les prochaines décennies, l'obésité et les nombreuses comorbidités qui l'accompagnent constitueront en France comme dans tous les pays occidentaux, un enjeu prioritaire de la santé publique (63).

Ces patients doivent être évalués et suivis tant sur le plan médical que psychique car l'obésité est associée à la fois à des comorbidités somatiques et à des troubles psychiatriques (13).

Les sujets obèses ont plus d'antécédents de trouble dépressif, de trouble anxieux, de troubles alimentaires et de traumatismes que les sujets normo-pondéraux (2).

Plusieurs études sur la psychopathologie des patients candidats à la chirurgie bariatrique ont été réalisées ces dernières années. D'après ces travaux, les patients ont davantage de troubles psychiatriques que des patients obèses non candidats ou que la population générale (48, 60).

Le plus souvent, ces études considèrent la population dans son ensemble et n'explorent pas les différences inter-sexe. Les psychotraumatismes sont deux à trois fois plus fréquents chez ces patients que dans la population générale (37). Les associations entre la maltraitance et le sexe, l'IMC ou les troubles alimentaires sont controversées (40). Néanmoins, ceux qui ont des antécédents de psychotraumatismes ont davantage de troubles psychiatriques (86).

Une étude de 2010 a évalué la proportion de suicides après chirurgie bariatrique et retrouve un taux de 6,6/10000 patients par an, 13,7/10000 pour les hommes et 5,2/10000 pour les femmes. Ces taux sont supérieurs à la population générale de sexe et d'âge identiques.

30% des suicides sont intervenus pendant les deux premières années post-chirurgie et 70% pendant les trois premières années.

On ne sait pas si ce taux élevé peut-être expliqué par des troubles préexistants à la chirurgie ou par la chirurgie elle-même ; et si ce taux est corrélé avec l'échec de l'opération et donc une reprise de poids (78).

Dans ce travail, nous étudions la psychopathologie des patients obèses en demande de chirurgie bariatrique au CHU de Nancy. Nous nous intéressons plus particulièrement aux psychotraumatismes et à leur rôle dans l'apparition des troubles psychiatriques.

Dans une première partie nous exposons les différents troubles retrouvés dans notre population, leur prévalence et leurs liens avec les psychotraumatismes.

Dans la seconde partie, nous discutons les résultats obtenus et les comparons avec les données de la littérature sur le sujet.

Le *Binge Eating Disorder* (BED) se distingue des autres troubles du comportement alimentaires (TCA) car il est le seul à être associé à des antécédents de psychotraumatismes. Nous explorons ici ces associations et des hypothèses psychopathologiques sont formulées.

1. GENERALITES

1.1. La chirurgie bariatrique

La Haute Autorité de Santé (HAS) a édité en avril 2009 ses recommandations pour la prise en charge chirurgicale de l'obésité chez l'adulte (43).

On dénombre en France plus de 300 équipes chirurgicales aptes à réaliser de la chirurgie bariatrique.

Selon l'enquête Obépi de 2006 (enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, menée de janvier à mars 2006, sur 23747 personnes de plus de 15 ans, représentatives de la population française), 68% des interventions se font en établissement privé et 54,5% des équipes font moins de 3 interventions par an.

La chirurgie bariatrique s'est développée dans les années 50. Pas moins de 40 types d'interventions différentes ont déjà été utilisés (63).

Dans le court-circuit gastrique (CCG) ou *gastric bypass* (Mason 1967, Alden, Griffen 1977), l'estomac est réduit à un volume de 50 mL, l'anastomose gastro-jéjunale mesure 12 mm de diamètre et l'anse jéjunale court-circuitant l'estomac est plus ou moins longue.

Il s'agit d'une intervention mixte, malabsorptive et restrictive : la satiété est induite par la distention gastrique et la malabsorption est induite par l'estomac et l'anse court-circuitée.

Il existe des interventions restrictives pures :

- la gastroplastie verticale calibrée (GVC) (Mason 1971, Mason 1980, Eckout 1986)
- l'anneau gastrique ou *gastric banding*
- la gastrectomie longitudinale ou *sleeve gastrectomy*, qui consiste en une résection des 2/3 de l'estomac. Outre l'aspect restrictif, cette résection permet l'ablation d'une grande quantité de cellules pariétales, cellules qui secrètent la ghréline, hormone qui stimule l'appétit. Cette intervention est irréversible.

L'indication d'une chirurgie bariatrique doit répondre aux 6 conditions suivantes :

- $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ou $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ en présence de comorbidités pouvant être améliorées par la chirurgie
- Echech d'un traitement médical mené pendant au moins 6 mois

- En l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids
- Patient informé
- Patient acceptant un suivi au long cours
- Risque chirurgical acceptable

L'équipe pluridisciplinaire comporte :

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

La mortalité dans le mois suivant l'intervention est de 0,1% pour l'anneau gastrique, de 0,35% pour la GVC et de 0,5% pour le *gastric bypass* ; la cause de décès principale étant l'embolie pulmonaire (16, 43).

1.2. Les troubles du comportement alimentaire

1.2.1. Epidémiologie

La prévalence vie entière des troubles du comportement alimentaire dans la population générale est de 5% (79).

Des pathologies somatiques peuvent entraîner une hyperphagie incontrôlée comme dans certaines obésités génétiques ou acquises : syndrome de Prader-Willi, syndrome de Kleine-Levin et les tumeurs de l'hypothalamus.

Dans le DSM-IV il y a trois catégories de TCA : anorexie, boulimie et troubles alimentaires non spécifiés (1). Le BED est une sous-catégorie de ce diagnostic, il va certainement bientôt être reconnu comme une catégorie à part entière.

Dans la CIM-10, il y a aussi trois catégories : anorexie, boulimie et troubles du comportement alimentaires atypiques (97).

On estime l'héritabilité du BED entre 50 et 83%. Un tiers de ce risque génétique est partagé avec la dépression, les troubles anxieux et les addictions (79).

Au niveau épidémiologique, il est difficile d'avoir des chiffres représentatifs de cette pathologie car les sujets ont tendance à cacher leur maladie. Dans les études sur les patients en attente de chirurgie bariatrique, sa prévalence varie de 4 à 30% (7, 48).

La prévalence vie entière du BED est de 3% chez les patients obèses en demande de traitement ; elle est inférieure à 1% en population générale (79).

Les femmes sont 1,5 fois plus touchées selon le DSM-IV.

Comparés aux sujets contrôles sains, les facteurs de risque pour le BED sont : des expériences traumatiques dans l'enfance, la dépression des parents, la vulnérabilité à l'obésité et l'exposition répétée à des commentaires négatifs sur le poids et l'alimentation (29).

La sévérité du BED est associée à l'alimentation émotionnelle qui joue un rôle dans l'apparition et la persistance de ce trouble alimentaire (31, 67).

Des données de neuroimagerie montrent des similitudes entre les troubles alimentaires compulsifs et les addictions aux substances.

Les structures impliquées dans le craving alimentaire détectées par imagerie par résonance magnétique (IRM) sont l'hippocampe et l'insula, deux structures impliquées dans le craving aux drogues.

Il existerait donc un substratum neurologique commun entre le craving alimentaire et le craving aux drogues (64).

1.2.2. Psychopathologie des TCA

Sur le plan psychopathologique, des auteurs ont étudié le profil des familles chez les patients avec des TCA : (12)

- Chez les anorexiques : effacement des frontières entre les générations
- Chez les boulimiques : familles perfectionnistes et hyper protectrices ou déstructurées
- Un défaut de hiérarchie clairement définie dans la famille est souvent associé à un TCA

Les hypothèses actuelles sur les TCA proposent un point de vue multifocal impliquant des phénomènes biologiques, psychologiques et sociétaux.

L'appartenance des troubles alimentaires compulsifs au registre des addictions est controversée (22, 50, 59).

Dans les conduites addictives, le symptôme a pour fonction de lutter contre des affects dépressifs non structurés, irreprésentables et menaçant l'intégrité du moi. Les patients ayant des TCA peuvent en arriver à des passages à l'acte suicidaires, notamment dans les moments où le symptôme alimentaire échoue dans sa fonction de colmatage vis-à-vis d'affects dépressifs sous-jacents. Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les boulimiques alors qu'il y a plus de suicide chez les anorexiques (51).

1.2.3. Psychopathologie du lien TCA/psychotraumatismes

Une des hypothèses formulées pour expliquer la fonction des troubles alimentaires compulsifs est qu'ils ont pour rôle de diminuer les affects négatifs ou détourner l'attention du patient de ces affects (67).

Zerbe (1993), suggère que les TCA permettent de mettre à distance la douleur psychique qui accompagne le souvenir d'évènements traumatisants (93). Les TCA donnent le sentiment de pouvoir maîtriser quelque chose quand tout le reste échappe à son contrôle.

Les manœuvres dépuratives sont plus étroitement corrélées avec les sévices sexuels que l'alimentation compulsive (12).

Comme autres pistes psychopathologiques du lien entre traumatismes et TCA nous pouvons citer :

- Les conséquences d'un abus (honte, faible estime de soi, image négative de son corps) entraînent certains individus à rechercher à devenir parfait et à plaire aux autres ce qui peut passer par une restriction alimentaire (15). Les TCA seraient alors une tentative de revalorisation de l'image de soi abimée.
- Le TCA est un geste auto-agressif considéré comme réaction de défense contre toute nouvelle agression sexuelle. Selon Balier, les victimes d'abus sexuels sont habitées à la fois par leur propre violence et par celle du « prédateur ». Dès lors, deux voies s'offrent : exporter cette violence et réaliser le même acte à l'encontre d'autres

victimes ; ou, surtout pour les filles, la retourner contre soi comme les tentatives de suicide et les comportements addictifs.

- Un défaut de *holding* à une période sensible peut produire chez le nourrisson des réactions anxieuses majeures. Si l'investissement maternel se fait difficilement ou douloureusement, la recherche de sensations pour se faire exister pare-excite l'assaut pulsionnel non lié. La seule issue aux pulsions sexuelles, sources d'angoisses intolérables, peut être trouvée dans les troubles compulsifs boulimiques. Le lit du traumatisme se fait lors des interactions précoces. Ce dernier viendrait réactualiser le trauma précoce que représente le manque parental ou mieux l'éprouvé corporel de l'absence.
- Le symptôme boulimique pourrait être compris comme la mise en acte d'une voie de réorganisation après l'effraction physique et psychique. Certains auteurs comprennent les symptômes boulimiques comme des remparts contre la perte d'identité.
- Les difficultés liées à l'attachement et à la séparation sont toujours apparues comme centrales dans la problématique des boulimiques. L'apparition ou l'aggravation des troubles alimentaires correspond souvent à une séparation (18).

1.3. Les psychotraumatismes

1.3.1. Définition

(23, 30)

Le mot traumatisme vient des mots grecs anciens *traumatismos*: action de blesser et *trauma*: blessure.

Un traumatisme psychique est *un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un évènement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui est exposé comme victime, témoin ou acteur.*

1.3.2. Approche psychanalytique

(23, 24, 80)

Pierre Janet, en 1889, parle le premier du traumatisme psychique. Des excitations liées à un évènement violent viennent frapper le psychisme, y pénètrent par effraction et y demeurent ensuite comme un « corps étranger ». Ce corps étranger va donner lieu à une *dissociation de la conscience* : la souvenance brute de cet évènement fait bande à part dans un recoin du préconscient, ignorée de la conscience, et y suscite des manifestations psychiques ou psychomotrices « automatiques », non délibérées et inadaptées (hallucinations, cauchemars, sursauts), tandis que le reste de la conscience continue d'élaborer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés.

En 1921, **Freud** compare métaphoriquement le psychisme à une *vésicule vivante*, boule protoplasmique en constant remaniement protégée par une couche superficielle « pare-excitation », qui sert à la fois de contenant et de protection à l'appareil psychique, et dont le rôle est de repousser les excitations nuisibles ou de les filtrer en les atténuant pour les rendre acceptables et assimilables. Les différences constitutionnelles font que certains individus sont dotés d'un pare-excitation fort, et d'autres non.

Quand l'individu voit venir le danger extérieur, il renforce son pare-excitation en mobilisant de l'énergie venant de l'intérieur du psychisme, s'il a à ce moment-là de l'énergie disponible. Certains individus névrosés dont toute l'énergie interne est sans cesse accaparée par la sauvegarde de leur refoulement n'auront jamais d'énergie disponible pour renforcer leur pare-excitation.

En cas de stress, la vésicule est écrasée et reprend sa forme quand la menace disparaît. Il n'y a pas de rupture à proprement parler.

En cas de traumatisme : la barrière du pare-excitation, généralement au repos, peu chargée d'énergie défensive (effet de surprise), est traversée par l'image traumatique à l'état brut. Un morceau du réel vient s'incruster dans l'appareil psychique et y former un corps étranger interne. Cette image va y rester à demeure, bien souvent toute la vie.

Enfin, dans le cas du stress traumatique, il s'agit une combinaison d'un traumatisme et d'un stress, avec une angoisse massive née de la sommation de celle qui revient au stress et de celle liée à l'image logée au plus profond du sujet. C'est ainsi que se développe la plupart des états dissociatifs.

Ainsi, un même évènement potentiellement traumatisant fera effraction (et donc trauma) pour certains individus et pas pour d'autres, et pour certains individus aujourd'hui mais pas demain.

Le concept de traumatisme est donc tout relatif et dépend du rapport des forces entre les excitations venant du dehors (la violence de l'agression) et l'état du pare-excitation, c'est-à-dire l'état constitutionnel, acquis et conjoncturel, de l'organisme psychique qui les subit ainsi que la quantité d'énergie libidinale libre dont il dispose au moment critique.

Dans la conception **lacanienne** du trauma, ce qui fait essentiellement trauma, c'est la *confrontation inopinée avec le réel de la mort*, sans que nous ayons eu le temps ni même la possibilité (car nous sommes démunis de « représentation » de la mort) d'interposer devant cette perception l'écran protecteur de notre système signifiant. D'où l'expérience fondamentale d'effroi, pressentiment de la mort de soi-même.

Dans le psychisme humain, nous ne recevons jamais le réel mais une réalité prise dans une signification déjà là. Exclue du réseau mouvant, vivant des représentations, l'image traumatique est fixée, figée dans le détail où elle est apparue et dans l'éternité d'un présent. La mort devient une menace permanente, ubiquitaire.

L'image traumatique pénètre très profondément dans l'appareil psychique, atteignant non seulement l'inconscient mais encore le lieu du refoulé originaire, inaccessible à la conscience. C'est le lieu « d'avant le langage », où sont déposées les premières expériences du nourrisson, de jouissance et d'anéantissement. Avec l'acquisition du langage, ces expériences font l'objet d'un premier refoulement. L'expérience traumatique court-circuite le refoulement originaire et renvoie le sujet à ses expériences archaïques, il est horrifié (car il se retrouve face au néant de ses origines) et fasciné (car il retrouve ainsi l'objet perdu du sein maternel). D'où son attachement morbide à son trauma mais aussi sa culpabilité pour avoir commis cette transgression majeure.

Le stress et le trauma se situent sur des registres différents : le stress sur le registre biologique et physiologique, le trauma sur le registre de la psychologie et du sens de l'existence.

Sur un plan psychanalytique, l'expérience traumatique est définie par un effondrement du narcissisme et un sentiment d'impuissance en conjoncture d'absence de secours. L'effondrement du narcissisme est triple : **effondrement de l'illusion d'invulnérabilité**, de la **croissance naïve que l'environnement physique est solide et protecteur**, de la **conviction que l'humanité est bonne**.

1.3.3. Epidémiologie

Certains auteurs ont remis en question la possibilité pour un enfant d'envisager suffisamment les conséquences d'un évènement pour développer une pathologie mentale.

Anna Freud et Dorothy Burlingham ont décrit dès 1944 des signes de névrose traumatique dès l'âge de 4 ans (90). Dans une étude sur les troubles post-traumatiques chez des enfants victimes d'un sinistre industriel, les auteurs montrent que le jeune âge ne protège pas des syndromes psychotraumatiques (88).

Terr (1988) a également démontré que de très jeunes enfants pouvaient souffrir de psychotraumatismes (77).

30% des femmes et 15% des hommes auraient eu des contacts sexuels dans l'enfance avec une personne beaucoup plus âgée (73). D'autres évaluent la prévalence des abus sexuels dans la population générale entre 4 et 21% chez l'adulte et entre 3 et 33% chez l'enfant. Ces statistiques sont certainement sous-estimées car les patients confient peu ces antécédents.

Dans 70 à 80% des cas, l'enfant abusé est de sexe féminin et souvent très jeune (20 à 30% ont moins de 5 ans).

Une étude de 1991 (75) montre que dans les suites d'une révélation accidentelle, 75% des enfants nient l'abus et dans les suites d'une révélation délibérée, 22% des enfants reviennent sur leurs déclarations (89). Les abus sexuels, émotionnels et physiques coexistent fréquemment (20).

Des auteurs ont évalués le lien entre maltraitance et troubles psychiatriques sur le plan neurobiologique. Le polymorphisme du gène du transporteur de la sérotonine serait corrélé à l'apparition d'une dépression chez les patients avec des antécédents de maltraitance dans l'enfance (homozygotie pour l'allèle court). L'inverse est également démontré : l'homozygotie pour l'allèle long est associé à un moindre risque de dépression chez ces patients.

Les abus sexuels pourraient augmenter la probabilité de développer des troubles psychiatriques chez des individus vulnérables sur le plan génétique (20).

En ce qui concerne le lien entre psychotraumatismes et obésité, les études internationales ne retrouvent pas d'association entre les maltraitances dans l'enfance et l'IMC (6, 37, 38, 40).

2. METHODOLOGIE

2.1. Parcours de soins

La préparation préopératoire comporte plusieurs étapes.

Les patients reçoivent tout d'abord une **information** détaillée sur le traitement chirurgical : avantages, inconvénients, risques encourus, contre-indications, surveillance post-opératoire...

Ils bénéficient ensuite de **consultations** avec différents spécialistes : psychologue, diététicienne (avec évaluation diététique) et médecin nutritionniste.

Tous les patients ont un **bilan somatique complet** et une étude des facteurs de comorbidité dans le service de nutrition du CHU. Il s'agit de mettre en balance le risque lié à l'obésité et le risque opératoire.

Des **rencontres avec des patients** déjà opérés permettent aux candidats à la chirurgie de se confronter à la réalité pratique de l'intervention et de ses suites.

En fin de parcours et en l'absence de contre-indication médicale et anesthésique, les patients voient un **psychiatre** du service de psychiatrie et psychologie clinique du CHU pour une évaluation psychiatrique. Elle est réalisée sous la forme d'un entretien semi-structuré.

La décision chirurgicale est **multidisciplinaire** et fait intervenir tous les acteurs de la prise en charge du patient.

Parallèlement, les patients participent à des **groupes de préparation** à l'intervention. Quatre grands thèmes sont abordés : l'image corporelle, les croyances alimentaires, l'alimentation émotionnelle ainsi que les attentes et les craintes concernant la chirurgie.

2.2. Evaluation psychiatrique

Une évaluation psychiatrique pré-opératoire est obligatoire. En effet, les données de la littérature mettent en évidence deux facteurs prédictifs d'une issue moins favorable au traitement chirurgical de l'obésité : la présence d'un trouble du comportement alimentaire et/ou d'un trouble psychiatrique.

Les recommandations de l'HAS en matière d'évaluation psychiatrique avant une chirurgie bariatrique sont les suivantes: (43)

- Une évaluation du comportement portant sur :
 - l'âge de début de l'obésité, les précédentes tentatives de perte de poids, l'impact de l'obésité sur la vie du patient
 - le régime alimentaire et le comportement alimentaire
 - l'activité physique
 - l'existence d'une addiction (nicotine, alcool, drogue, médicaments)
 - la compliance à un précédent traitement médical
- Une évaluation des connaissances du patient (nature de l'intervention, risques et bénéfices, changements nécessaires dans les habitudes de vie et alimentaires). Le patient doit avoir les ressources intellectuelles et les connaissances suffisantes pour fournir un consentement éclairé.
- Une évaluation de la motivation et des attentes du patient (en termes de perte de poids, de santé, d'activités de la vie quotidienne).
- Une évaluation des facteurs de stress psychosocial, de la présence et de la qualité du soutien social (entretien avec le patient et l'entourage : relations avec le conjoint, la famille, les amis, avis de l'entourage concernant la chirurgie).
- La recherche d'abus ou de traumatismes dans l'enfance.
- La recherche de psychopathologies dont il faut apprécier la sévérité et déterminer si ces troubles contre-indiquent la chirurgie :
 - antécédents psychiatriques : antécédents connus, hospitalisations en psychiatrie, traitements (psychothérapie, consommation de psychotropes),
 - dépression, anxiété : ne contre-indiquent pas forcément la chirurgie sauf en cas d'idées suicidaires,
 - psychose : c'est souvent un facteur d'exclusion de la chirurgie.
 - les troubles de la personnalité, qui sont générateurs de non-compliance

Il n'y a pas de consensus sur les modalités précises de l'évaluation psychiatrique.

D'après les recommandations françaises et internationales et des études de niveau 4 (étude non randomisée avec groupe de sujets témoins historiques), l'évaluation psychiatrique préopératoire des patients doit être menée par un professionnel de santé mentale (psychiatre ou psychologue) ayant une expérience dans la prise en charge des patients avant et après chirurgie bariatrique. Cette évaluation s'appuie le plus souvent sur un entretien clinique et parfois sur des questionnaires spécifiques de la chirurgie bariatrique ou évaluant les troubles

du comportement alimentaire (TCA), les troubles de la personnalité ou des inventaires de symptômes.

Cette évaluation psychiatrique aboutit à 4 possibilités de décision :

- une décision positive d'emblée
- une décision positive sous réserve que le patient débute un suivi psychiatrique avec le psychiatre de son choix
- une décision reportée avec mise en place d'un suivi psychiatrique et réévaluation 6 à 12 mois plus tard
- une décision négative d'emblée

2.3. La pratique au CHU de Nancy

A Nancy, les recommandations des sociétés savantes sont appliquées depuis 1997. Depuis cette date, tous les patients demandeurs d'une chirurgie de l'obésité bénéficient d'une évaluation psychiatrique.

L'expérience acquise au fil de ces années nous a permis d'orienter les types d'intervention en fonction du trouble alimentaire présent. Ainsi, en cas de TCA compulsif et notamment de BED, seul le court-circuit gastrique est pratiqué. Les interventions restrictives pures telles que l'anneau gastrique, la GVC ou la *sleeve gastrectomy* présentent un risque de complications : mécanique : forçage des dispositifs chirurgicaux et psychologique : substitution de l'addiction alimentaire par un autre type d'addiction, dépression.

Ces constatations nous ont conforté dans notre démarche d'évaluation psychiatrique en pré-opératoire étant donné l'importance du TCA présent sur le pronostic de l'intervention.

L'évaluation psychiatrique se fait sous forme d'un entretien semi-structuré et se base sur les critères du DSM-IV-TR (1). L'objectif de ce type d'entretien est d'obtenir des renseignements en face à face, en recourant à une série de questions générales pour guider les conversations mais en laissant la possibilité au patient d'ajouter d'autres questions ou d'aborder d'autres problématiques qui pourraient surgir de la discussion. La parole étant libre mais guidée par une série de questions, ces entretiens permettent aux patients d'aborder tous les sujets souhaités et au praticien de rechercher des troubles spécifiques.

2.4. Méthodologie de l'étude

Notre travail porte sur 767 patients obèses demandeurs d'une chirurgie bariatrique, dont 610 femmes (79,5%) et 157 hommes (20,5%).

Ces patients ont terminé leur bilan préopératoire et sont vus par un psychiatre, lors d'une consultation ambulatoire dans le service de psychiatrie et de psychologie clinique du CHU.

Tous les patients de notre étude ont été vus par le même psychiatre.

Le recueil des données concerne les patients vus depuis 1997.

Les critères d'inclusion de notre étude sont : patients volontaires, majeurs, inclus sur la période 1997-2011, qui ont validé les étapes précédentes du bilan pré-opératoire (notamment le bilan somatique) et qui remplissent les critères pour pouvoir prétendre à une intervention de chirurgie bariatrique.

La cohorte étant importante, nous avons pu étudier les différents troubles cliniques pour chacun des sexes séparément.

Nous avons recensé, pour chaque sexe, les données sociodémographiques, la date du début de l'obésité, les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, les antécédents d'addiction, de troubles du comportement alimentaire et de psychotraumatismes.

Les données obtenues sont issues de l'entretien semi-structuré du patient avec le psychiatre.

Dans notre étude nous avons choisi de recenser 4 types de psychotraumatismes :

- Les **violences directes** (maltraitance physique et/ou psychologique)
- Les **violences indirectes** : le patient n'est pas la cible immédiate de la violence mais se trouve gravement insécurisé par les scènes de violences verbales ou physiques entre des membres de son entourage proche (anxiété, culpabilité, conflit de loyauté...)
- Les **abus sexuels**
- Les **pathologies abandonniques**, avec, s'il y a lieu, des précisions portant sur les éléments sous-jacents comme la carence affective, l'histoire abandonnique, la parentisation, le deuil dans l'enfance, la séparation des parents et la séparation avec un autre proche fortement investi, qui ont pour point commun d'engendrer chez le sujet des traits tels que la quête affective, le manque d'estime de soi et des relations affectives instables sous-tendues par une crainte de l'abandon. La carence affective peut être le seul élément traumatique retrouvée et témoigne d'un défaut

d'investissement d'une ou de plusieurs figures parentales. On parle d'histoire abandonnique en cas d'abandons itératifs.

Dans notre description des TCA nous avons répertorié les troubles compulsifs, les troubles non compulsifs et la restriction cognitive.

▪ **Les troubles alimentaires compulsifs :**

- les compulsions simples. Une compulsion se définit par une envie irrésistible de manger, fréquemment en rapport avec les émotions, accompagnée d'un sentiment de perte de contrôle. L'ingestion de nourriture est limitée et ne répond pas à l'ensemble des critères définissant le *Binge Eating Disorder*.
- le BED
- le *Night Eating Syndrome* (NES). Ce dernier trouble doit être distingué d'une prise alimentaire au cours d'une parasomnie, caractérisée par un état de conscience intermédiaire entre le sommeil et l'éveil. Les parasomnies sont le plus souvent en rapport avec un trouble neurologique et ont une composante génétique, comme dans le cas du syndrome de Kleine-Levin. Néanmoins, des auteurs ont constaté qu'un traitement par benzodiazépine ou molécule apparentée (notamment le zolpidem) pouvait provoquer des parasomnies avec prise alimentaire associée (81, 85, 92).

▪ **Les troubles alimentaires non compulsifs :**

- l'hyperphagie prandiale
- les grignotages.

L'exposition de ces résultats se fait en deux parties. Dans chaque chapitre sur les troubles psychiatriques rencontrés, nous exposons tout d'abord les prévalences selon le sexe. Puis, nous étudions les liens éventuels entre ces troubles et des antécédents de psychotraumatismes durant l'enfance. Au sein des troubles du comportement alimentaires, nous développons plus particulièrement le *Binge Eating Disorder*, seul TCA significativement associé au sexe et aux psychotraumatismes.

Dans la discussion, nous comparons les données de notre étude à celles retrouvées dans la littérature internationale, issues de travaux menés sur les patients obèses candidats à la chirurgie bariatrique.

2.5. Analyses statistiques

Sur le plan statistique, nous avons tout d'abord étudié les prévalences des différents troubles dans la population masculine et féminine.

Nous avons comparé les prévalences hommes et les prévalences femmes avec un test du chi 2.

Les variables quantitatives sont testées avec un test t de student.

Les prévalences sont exprimées en pourcentage de la population.

Les variables sont exprimées en moyenne, avec l'écart-type (E.T.) et la dispersion associés.

Puis nous avons exploré les liens entre les pathologies psychiatriques et les antécédents de psychotraumatismes avec un test de chi 2.

Le niveau de significativité est un $p < 0,05$.

3. RESULTATS

3.1. Description de la population

Notre population compte 767 patients dont 610 femmes (79,5%).

L'âge moyen des hommes est de 41,6 ans (E.T. : 8,7 ans ; dispersion: 20 - 66 ans) celui des femmes est de 40 ans (E.T. : 8,7 ans ; dispersion : 17 - 65 ans) (p=NS).

L'IMC moyen, (n=566), est de 47,1 kg/m² (E.T. : 5,8 ; dispersion : 26,1 - 84,5 kg/m²).

62,5% des hommes et 68,7% des femmes sont en couple, 24,2% des hommes et 15,6% des femmes sont célibataires, 8,9% des hommes et 11,6% des femmes sont séparés, 1,9% sont veufs, 2,6% sont veuves et nous n'avons pas d'information sur la situation personnelle pour 2,5% des patients et 1,5% des patientes (p=NS).

En ce qui concerne la situation professionnelle, 62,5% des hommes et 54,3% des femmes sont en activité, 29,9% des hommes et 38% des femmes sont sans activité (chômage, arrêt maladie, invalidité), 3,8% des hommes et 3,6% des femmes sont retraité(e)s et nous ne disposons pas d'information pour 3,5% des patients et 4,1% des patientes (p=0,02).

3.2. Antécédents psychiatriques familiaux

60,5% des hommes et 62,5% des femmes, ont des antécédents psychiatriques familiaux (p=NS).

Les troubles les plus fréquents sont les antécédents familiaux d'addiction : 46,5% des hommes et 49,5% des femmes (p=NS) et de troubles de l'humeur : 20,4% des hommes 21,5% des femmes (p=NS).

Les autres antécédents familiaux sont:

- les tentatives de suicide : 5,7% des hommes et 6,2% des femmes (p=NS)
- les troubles du comportement alimentaire : 3,2% des hommes et 6,9% des femmes (p=NS)

- les troubles psychotiques : 2,5% des hommes et 1,3% des femmes (p=NS)
- les troubles anxieux : 1,9% des hommes et 3,1% des femmes (p=NS)
- les troubles bipolaires : 1,1% des femmes

60,5% des hommes et 62,5% des femmes ont des antécédents psychiatriques familiaux. Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes quant aux antécédents familiaux psychiatriques. Les antécédents familiaux d'addiction et de trouble de l'humeur sont les plus fréquents dans les deux sexes.

3.3. Antécédents psychiatriques personnels

3.3.1. Prévalences

79% des hommes et 75,1% des femmes ont des antécédents psychiatriques personnels (p=NS). 36,3% des hommes et 42,2% des femmes ont des antécédents psychiatriques personnels multiples (p=NS).

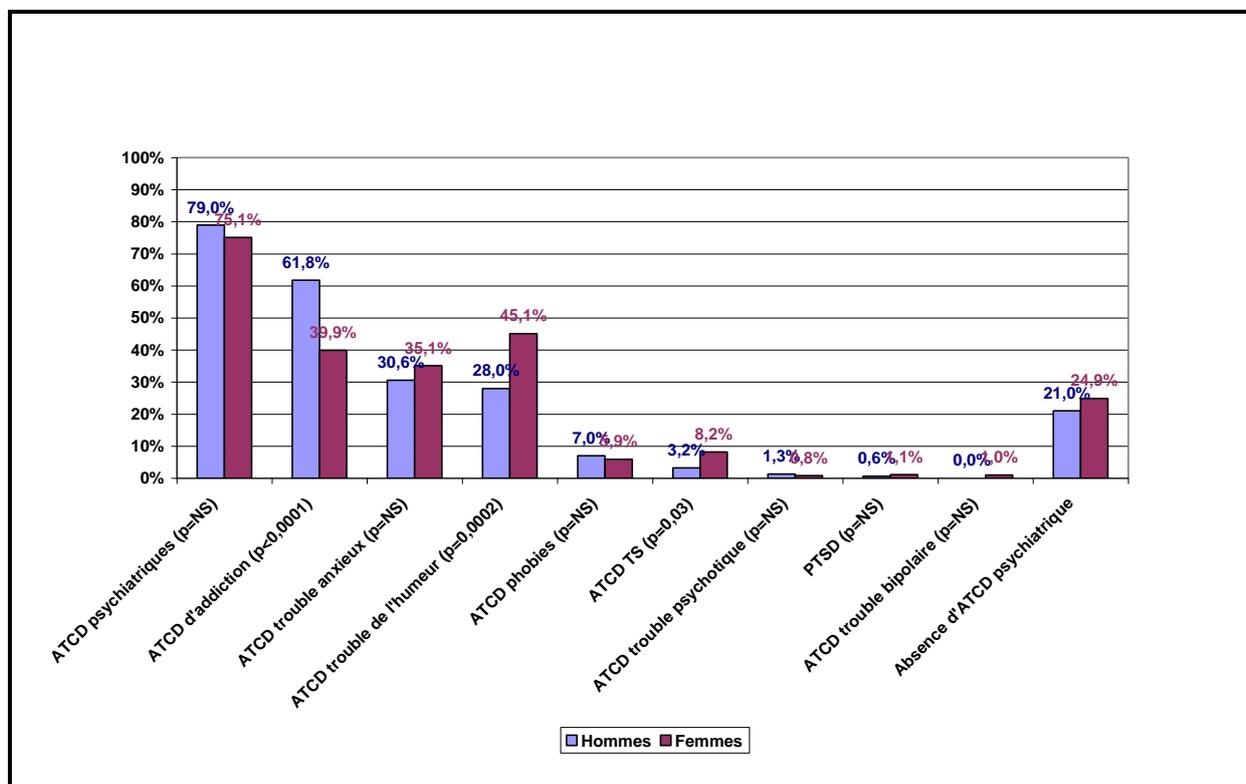
Les antécédents psychiatriques personnels retrouvés dans notre population sont : **(Figure 1)**

- les addictions : 61,8% des hommes et 39,9% des femmes (p<0,0001)
- les troubles anxieux : 30,6% des hommes et 35,1% des femmes (p=NS)
- les troubles de l'humeur : 28% des hommes et 45,1% des femmes (p=0,0002)
- les phobies : 7% des hommes et 5,9% des femmes (p=NS)
- les tentatives de suicides : 3,2% des hommes et 8,2% des femmes (p=0,03)
- les troubles psychotiques : 1,3% des hommes et 0,8% des femmes (p=NS)
- l'état de stress post-traumatique (PTSD) : 0,6% des hommes et 1,1% des femmes (p=NS)
- le trouble bipolaire : 1% des femmes

Le test de comparaison de moyennes chez les hommes et les femmes n'est pas significativement différent quant au cumul des troubles psychiatriques (femmes : 1,38 +/- 0,05 vs hommes : 1,35 +/- 0,08, p=NS).

Chez les femmes, la prévalence des antécédents de tentative de suicide varie selon la situation professionnelle des patientes. Elle est de 6,1% chez les patientes en activité, de 14,7% chez les patientes en arrêt de travail, invalidité ou congé parental, de 8,3% chez les patientes au chômage et de 18,2% chez les femmes retraitées (p=0,03).

Figure 1 : Prévalences des antécédents psychiatriques personnels chez les hommes (n=157) et chez les femmes (n=610) exprimées en % de la population



79% des hommes et 75% des femmes ont des antécédents psychiatriques personnels ($p=NS$). Les troubles les plus retrouvés dans les deux sexes sont : les addictions, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux.

Les femmes ont significativement plus d'antécédents de trouble de l'humeur ($p=0,0002$) et de tentative de suicide ($p=0,03$). Les hommes ont significativement plus d'antécédents d'addiction ($p<0,0001$).

3.3.2. Psychotraumatismes associés

Les associations significatives entre les antécédents psychiatriques personnels et les psychotraumatismes sont résumées dans le **Tableau 1**.

3.3.2.1. Antécédents personnels de trouble de l'humeur

Chez les hommes, les **antécédents personnels de trouble de l'humeur** sont significativement plus fréquents en cas d'antécédents de carence affective (35,9% vs 20% ; $p=0,03$) et de parentisation (66,7% vs 23,4% ; $p=0,001$).

Chez les femmes, les antécédents personnels de trouble de l'humeur sont significativement plus fréquents en cas d'antécédents de carence affective (49,9% vs 36,7% ; $p=0,002$), d'histoire abandonnique (52,9% vs 41,6% ; $p=0,008$), de violences directes (56% vs 41,5% ; $p=0,006$) et de cumul de psychotraumatismes ($p=0,004$).

3.3.2.2. Antécédents personnels de trouble anxieux

Chez les femmes les **antécédents personnels de trouble anxieux** sont significativement plus fréquents an cas d'antécédents de carence affective (38,4% vs 29% ; $p=0,02$) et d'histoire abandonnique (42,2% vs 31,1% ; $p=0,007$).

3.3.2.3. Antécédents personnels de tentative de suicide

Dans les deux sexes, les **antécédents de tentative de suicide** sont significativement plus fréquents en cas d'antécédents d'abus sexuels (hommes : 33,3% vs 2,7% ; $p=0,004$ et femmes : 17,1% vs 7% ; $p=0,004$) et de parentisation (population globale : 11,6% vs 6,3% ; $p=0,03$).

Dans la population féminine, les antécédents de tentative de suicide sont significativement plus fréquents en cas d'antécédents de violences directes (13,1% vs 6,4% ; $p=0,008$), de violences indirectes (19,3% vs 5,6% ; $p<0,0001$), de carence affective (10,4% vs 3,9% ; $p=0,005$), d'histoire abandonnique (12,1% vs 6,1% ; $p=0,01$) et de séparation familiale autre (12,6% vs 6,2% ; $p=0,009$).

3.3.2.4. Antécédents personnels d'addiction

Chez les hommes, les **antécédents personnels d'addiction** sont significativement plus fréquents en cas d'antécédents de carence affective (76,6% vs 56,5% ; $p=0,01$).

Chez les femmes, ils sont plus fréquents en cas d'antécédents de violences directes (48,4% vs 37,8% ; $p=0,02$).

**Tableau 1 : Prévalences des symptômes parmi les patients ayant les antécédents
psychotraumatiques suivants, chez les hommes (bleu) et chez les femmes (rose)**

	Sexe	Troubles de l'humeur	Troubles anxieux	Tentatives de suicide	Addictions
ATCD de carence affective. Présence (H:n=65; F:n=393) vs Absence (H:n=92; F:n=217)	Hommes	35,9%*/20%*			76,6%*/56,5%*
	Femmes	49,9%**/36,7%**	38,4%*/29%*	10,4%**/3,9%**	
ATCD d'histoire abandonnique. Présence (H:n=33; F:n=206) vs Absence (H:n=124; F:n=404)	Hommes				
	Femmes	52,9%**/46,1%**	42,2%**/31,1%**	12,6%*/6,1%*	
ATCD d'abus sexuel. Présence (H:n=3; F:n=70) vs Absence (H:n=154; F:n=540)	Hommes			33,3%**/2,7%**	
	Femmes			17,1%**/7%**	
ATCD de violences directes. Présence (H:n=21; F:n=160) vs Absence (H:n=136; F:n=450)	Hommes				
	Femmes	56%**/41,5%**		13,1%**/6,4%**	48,4%*/37,8%*
ATCD de violences indirectes. Présence (H:n=22; F:n=114) vs Absence (H:n=135; F:n=496)	Hommes				
	Femmes			19,3%***/5,6%***	
ATCD de parentisation. Présence (H:n=12; F:n=117) vs Absence (H:n=145; F:n=493)	Hommes				
	Femmes	66,7%**/23,4%**			
ATCD de séparation familiale autre. Présence (H:n=35; F:n=182) vs Absence (H:n=122; F:n=428)	Hommes				
	Femmes			12,6%**/6,2%**	

* : p < 0,05 ** : p < 0,01 *** : p < 0,001

Chez l'homme, les troubles de l'humeur sont associés aux antécédents de carence affective ($p=0,03$) et de parentisation ($p=0,001$). Les tentatives de suicides sont associés aux antécédents d'abus sexuels ($p=0,004$). Les addictions sont associées aux antécédents de carence affective ($p=0,01$).

Chez la femme, les troubles de l'humeur sont associés aux antécédents de carence affective ($p=0,002$), d'histoire abandonnique ($p=0,008$), de violences directes ($p=0,006$) et d'association de plusieurs psychotraumatismes ($p=0,004$). Les troubles anxieux sont associés aux antécédents de carence affective ($p=0,02$) et d'histoire abandonnique ($p=0,007$). Les tentatives de suicide sont associées aux antécédents d'abus sexuels ($p=0,004$), de violences directes ($p=0,008$), de violences indirectes ($p<0,0001$), de carence affective ($p=0,005$), d'histoire abandonnique ($p=0,01$) et de séparations familiales autres ($p=0,009$). Les addictions sont associées aux antécédents de violences directes ($p=0,02$).

3.4. Troubles de la personnalité

3.4.1. Prévalences

24,6% des femmes et 21% des hommes ont un trouble de la personnalité ($p=NS$).

La personnalité la plus représentée dans les deux sexes est la personnalité dépendante : 8,4% des femmes et 7% des hommes ($p=NS$), suivie de la personnalité borderline : 4,9% des femmes et 4,5% des hommes ($p=NS$) et de la personnalité névrotique/obsessionnelle : 4,6% des femmes et 3,8% des hommes ($p=NS$).

Le trouble de personnalité le moins représenté dans les deux sexes est la personnalité narcissique avec 0,3% des femmes et 0,6% des hommes ($p=NS$).

3.4.2. Psychotraumatismes associés

Nous n'avons pas retrouvé dans notre étude de facteur significativement associé aux troubles de la personnalité.

Les troubles de la personnalité concernent 21% des hommes et 25% des femmes.

Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes quant aux troubles de la personnalité.

Les troubles les plus retrouvés dans les deux sexes sont la personnalité dépendante et la personnalité borderline.

Les troubles de la personnalité ne sont pas significativement associés aux antécédents de psychotraumatismes.

3.5. Addictions

3.5.1. Prévalences

Dans notre population, les antécédents d'addiction concernent 61,8% des patients et 39,9% des patientes ($p < 0,0001$).

On retrouve une polyaddiction chez 16,5% des hommes et 9,6% des femmes ($p = \text{NS}$).

Les différentes addictions retrouvées sont : (**Figure 2**)

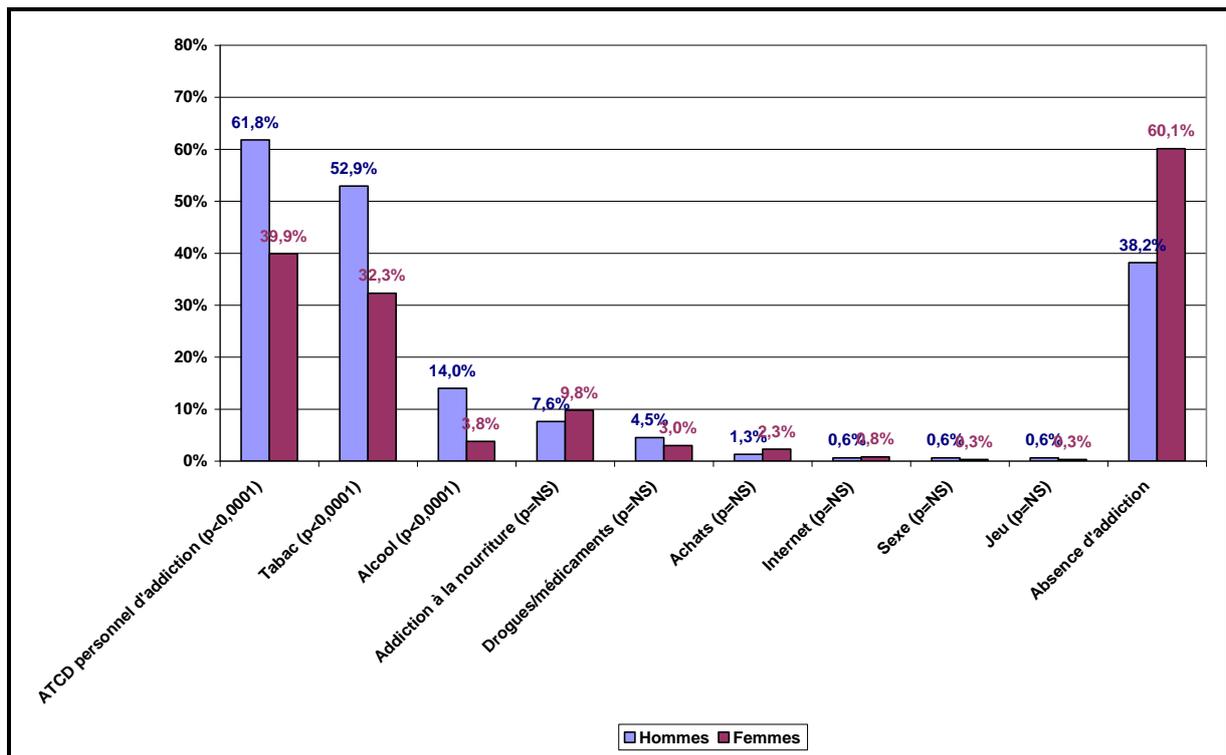
- le tabac : 52,9% des hommes et 32,3% des femmes ($p < 0,0001$)
- l'alcool : 14% des hommes et 3,8% des femmes ($p < 0,0001$)
- l'addiction à la nourriture : 7,6% des hommes et 9,8% des femmes ($p = \text{NS}$)
- l'addiction aux drogues ou aux médicaments : 4,5% des hommes et 3% des femmes ($p = \text{NS}$)
- les achats compulsifs : 1,3% des hommes et 2,3% des femmes ($p = \text{NS}$)
- la cyberdépendance : 0,6% des hommes et 0,8% des femmes ($p = \text{NS}$)
- l'addiction au sexe : 0,6% des hommes et 0,3% des femmes ($p = \text{NS}$)
- le jeu pathologique : 0,6% des hommes et 0,3% des femmes ($p = \text{NS}$)

Les hommes ont plus fréquemment que les femmes plusieurs addictions associées ($p = 0,0002$). Dans le test de comparaison de moyennes, on retrouve une différence significative entre les hommes et les femmes quant au cumul des addictions (hommes : $0,83 \pm 0,07$ vs femmes : $0,53 \pm 0,03$; $p < 0,0001$).

3.5.2. Psychotraumatismes associés

Dans notre étude, nous ne retrouvons pas d'association entre addictions et psychotraumatisme.

Figure 2 : Prévalences des addictions chez les hommes (n=157) et chez les femmes (n=610), exprimées en % de la population



62% des hommes et 40% des femmes ont des antécédents d'addiction ($p < 0,0001$).

L'addiction au tabac est la plus importante dans les deux sexes.

Les hommes sont significativement plus dépendants au tabac ($p < 0,0001$) et à l'alcool ($p < 0,0001$) que les femmes et ont plus fréquemment une association de plusieurs addictions ($p = 0,0002$).

Les addictions ne sont pas significativement associées à des antécédents de psychotraumatismes.

3.6. Troubles du comportement alimentaire

3.6.1. Prévalences

Les troubles alimentaires sont présents chez 89,8% des hommes et 94,9% des femmes (p=NS).

La proportion d'antécédents familiaux d'obésité est de 78,2% chez les femmes et 74,5% chez les hommes (p=NS).

Le **début de l'obésité** se situe majoritairement dans l'enfance et l'adolescence : 61,8% des hommes et 69% des femmes, mais plus fréquemment au cours de l'adolescence chez les femmes (p=0,0002).

Les **événements déterminants dans la prise de poids autres que les psychotraumatismes** sont :

- la grossesse : 45,1%
- les deuils : 26,8% des hommes et 31,8% des femmes (p=NS)
- les séparations conjugales : 19,1% des hommes et 31,3% des femmes (p=0,005)
- l'arrêt du tabac : 17,2% des hommes et 6,1% des femmes (p<0,0001)
- la vie maritale : 12,7% des hommes et 13,3% des femmes (p=NS)
- l'arrêt du sport : 12,7% des hommes et 2,6% des femmes (p<0,0001)

Les troubles alimentaires compulsifs sont présents chez 65,6% des hommes et 78,5% des femmes (p=NS). Les troubles alimentaires non compulsifs concernent 80,3% des hommes et 69,8% des femmes (p=NS) (**Figure 3**).

Prévalences des **troubles alimentaires compulsifs** :

- les compulsions : 74,4% des femmes et 61,8% des hommes (p=NS)
- le BED : 31% des femmes et 20,4% des hommes (p=0,008)
- les compulsions nocturnes ou *Night Eating Syndrom* : 2,8% des femmes et 1,3% des hommes (p=NS)

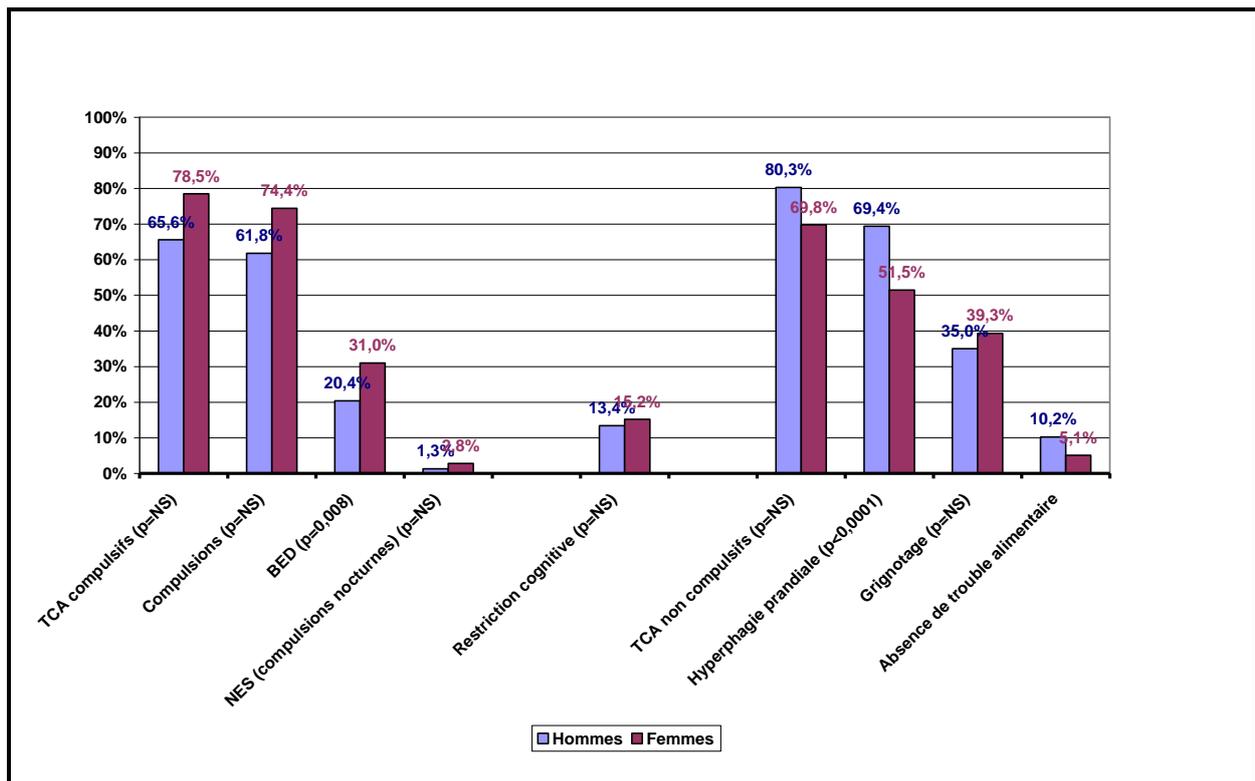
15,2% des femmes et 13,4% des hommes présentent une restriction cognitive (p=NS).

Dans **troubles alimentaires non compulsifs**, 69,4% des hommes et 51,5% des femmes ont une hyperphagie prandiale ($p < 0,0001$) ; 35% des hommes et 39,3% des femmes ont des grignotages ($p = NS$) (**Figure 3**).

3.6.2. Psychotraumatismes associés

Hormis pour le BED, qui bénéficie d'un chapitre particulier, notre étude ne montre pas d'association significative entre un trouble alimentaire et les antécédents de psychotraumatisme.

Figure 3 : Prévalences des troubles alimentaires chez les hommes (n=157) et chez les femmes (n=610), exprimées en % de la population



90% des hommes et 95% des femmes ont des TCA (p=NS).

L'obésité débute plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes à l'adolescence (p=0,0002).

Les hommes ont plus de TCA non compulsifs et les femmes davantage de TCA compulsifs (p=NS).

L'hyperphagie prandiale est significativement plus fréquente chez les hommes (p<0,0001) et le BED est significativement plus fréquent chez les femmes (p=0,008).

L'arrêt du sport et du tabac est plus fréquemment une cause de prise de poids chez les hommes (p<0,0001) et les séparations conjugales sont plus fréquemment une cause de prise de poids chez les femmes (p=0,005).

Excepté pour le BED, il n'y a pas d'association entre les TCA et les psychotraumatismes

3.7. BED

Nous étudions à présent plus particulièrement les associations significatives retrouvées avec le BED.

Le BED est plus fréquemment retrouvé chez les femmes que chez les hommes (31% vs 20,4%, p=0,008).

3.7.1. Psychotraumatismes associés

Chez l'homme le BED est significativement plus fréquent en cas d'antécédents de carence affective (32,8% vs 12,1% ; p=0,002).

Chez la femme, il est significativement plus fréquent en cas d'antécédents de carence affective (38% vs 22,6%, p=0,0001), de violence directe (44,2% vs 28,5% ; p=0,0003), de violence indirecte (42,9% vs 30,3% ; p=0,01) et d'abus sexuel (53,7% vs 29,9% ; p<0,0001) (**Figure 6**).

Les femmes qui ont un BED ont plus fréquemment que les hommes une association de plusieurs psychotraumatismes (p=0,0003) (**Figure 7**).

Chez les patientes qui présentent un BED, seuls 11,4% n'ont pas d'antécédent de psychotraumatismes (**Figure 8**).

Figure 6 : Prévalences du BED chez les femmes avec ou sans antécédents de psychotraumatismes (n=610), exprimées en % de la population

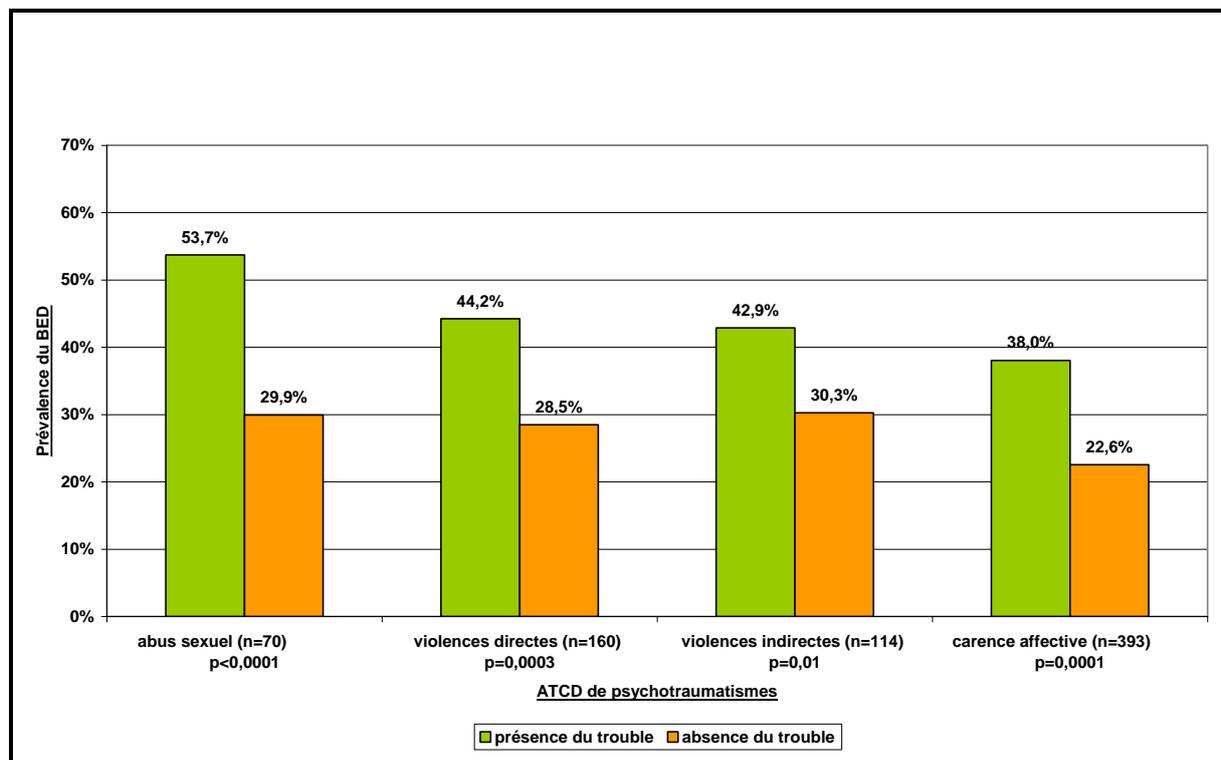


Figure 7 : Prévalences du BED en fonction du nombre de psychotraumatismes chez les femmes (n=610), p=0,0003, exprimées en % de la population

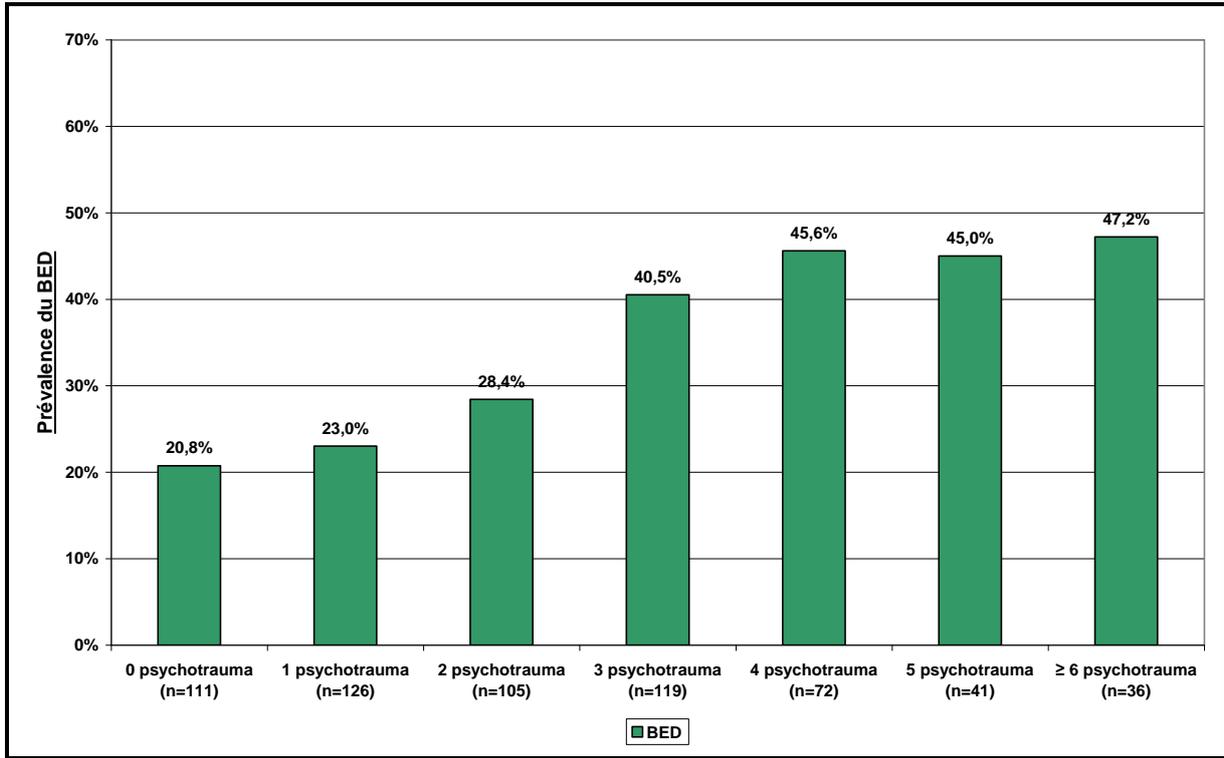
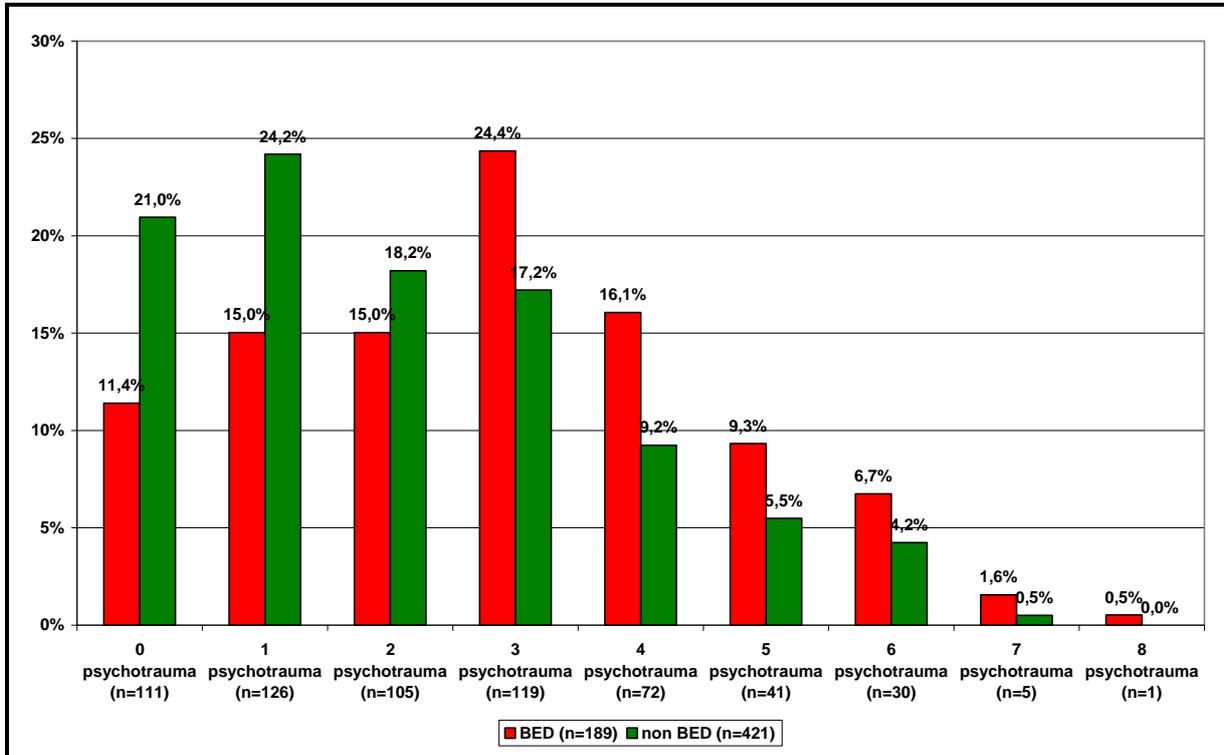


Figure 8 : Prévalences des psychotraumatismes en fonction de la présence ou non de BED chez les femmes (n=610), p=0,0003, exprimées en % de la population



3.7.2. Troubles psychiatriques associés

Les associations entre le BED et les antécédents psychiatriques familiaux et personnels chez les femmes sont illustrées dans la **Figure 9**.

Associations avec les **antécédents familiaux**.

Chez l'homme, le BED est significativement plus fréquent en cas d'antécédents familiaux de trouble de l'humeur (34,4% vs 18,2% ; p=0,05).

Chez la femme, il est plus fréquent en cas d'antécédents familiaux de trouble de l'humeur (41,1% vs 30,9% ; p=0,03) et d'antécédents familiaux de tentative de suicide (48,7% vs 31,8% ; p=0,03).

Associations avec les **antécédents personnels**.

Le BED est significativement plus fréquent en cas d'antécédents personnels d'addiction dans les deux sexes (hommes : 26,3% vs 12,7% ; p=0,05 et femmes : 38,1% vs 28,7% ; p=0,02).

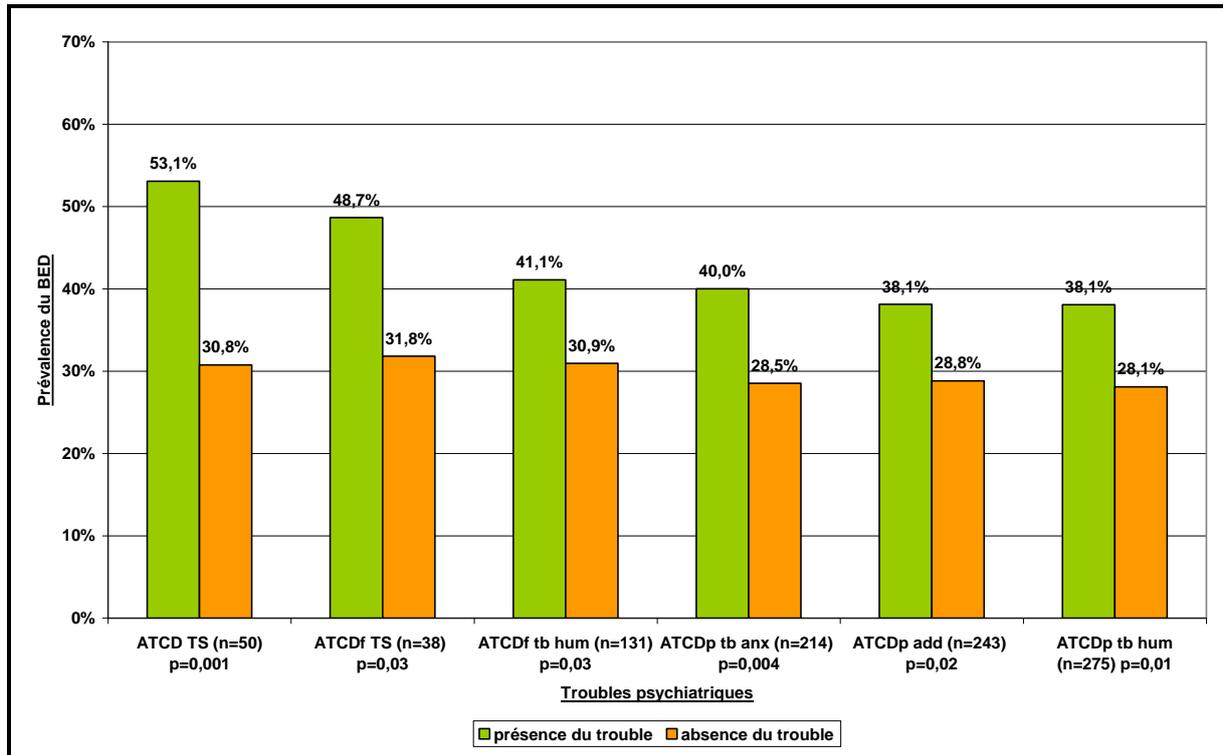
Chez la femme, il est significativement plus fréquent en cas d'antécédents personnels de trouble de l'humeur (38,1% vs 28,1% ; p=0,01), de trouble anxieux (40% vs 28,5% ; p=0,004) et de tentative de suicide (53,1% vs 30,8% ; p=0,001).

Associations avec les **addictions**.

Chez l'homme on ne retrouve aucune association entre le BED et un antécédent d'addiction en particulier.

Chez la femme le BED est significativement plus fréquent en cas d'antécédents d'addiction aux drogues ou médicaments (61,1% vs 31,6% ; p=0,009)

Figure 9 : Prévalences du BED chez les femmes avec ou sans antécédents psychiatriques (n=610), exprimées en % de la population



Le BED est significativement plus fréquent chez les femmes (31%) que chez les hommes (20%) (p=0,008).

Chez l'homme, le BED est significativement associé aux antécédents de carence affective (p=0,002).

Chez la femme, il est associé aux antécédents de carence affective (p=0,0001), de violences directes (p=0,0003), de violences indirectes (p=0,01), d'abus sexuels (p<0,0001) et d'association de psychotraumatismes (p=0,0003).

Chez l'homme, le BED est associé aux antécédents personnels d'addiction (p=0,05).

Chez la femme, il est associé aux antécédents personnels d'addiction (p=0,02), de dépendance aux drogues ou médicaments (p=0,009), de trouble de l'humeur (p=0,01), de tentative de suicide (p=0,001).

3.8. Psychotraumatismes

Les antécédents de psychotraumatismes sont présents dans notre cohorte à hauteur de 81,8% pour les femmes et 59,2% pour les hommes (p=NS).

61,1% des femmes et 37,5% des hommes sont polytraumatisés (p=NS).

Les pathologies abandonniques concernent 75,2% des femmes et 53,5% des hommes (p=NS).

50,1% des patientes et 26,7% des patients ont plusieurs antécédents de pathologies abandonniques (p=NS).

La répartition des **pathologies abandonniques** est la suivante : (**Figure 5**)

- carence affective : 41,4% des hommes et 64,4% des femmes (p<0,0001)
- séparation familiale autre : 22,3% des hommes et 29,8% des femmes (p=NS)
- histoire abandonnique : 21% des hommes et 33,8% des femmes (p=0,004)
- séparation des parents : 13,4% des hommes et 15,6% des femmes (p=NS)
- deuil : 11,5% des hommes et 12,5% des femmes (p=NS)
- parentisation : 7,6% des hommes et 19,2% des femmes (p=0,0008)

Les **psychotraumatismes autres que les pathologies abandonniques** sont : (**Figure 4**)

- violences indirectes : 14% des hommes et 18,7% des femmes (p=NS)
- violences directes : 13,4% des hommes et 26,2% des femmes (p=0,001)
- abus sexuels : 1,9% des hommes et 11,5% des femmes (p=0,0004)

Les femmes ont plus fréquemment que les hommes plusieurs psychotraumatismes associés (p<0,0001).

Le test de comparaison de moyennes pour le cumul des psychotraumatismes retrouve une différence significative entre les hommes et les femmes (femmes : 2,31 +/- 0,07 vs hommes : 1,47 +/- 0,13, p<0,0001).

Figure 4 : Prévalences des psychotraumatismes chez les hommes (n=157) et chez les femmes (n=610), exprimées en % de la population

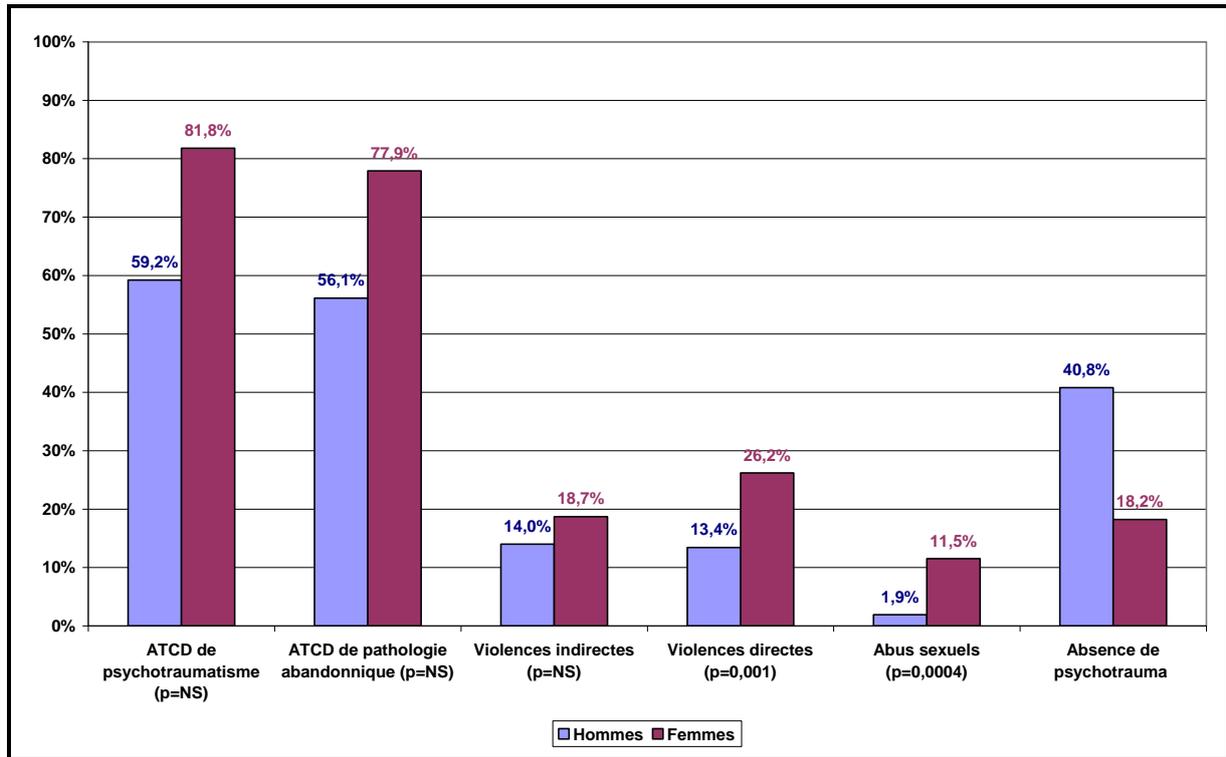
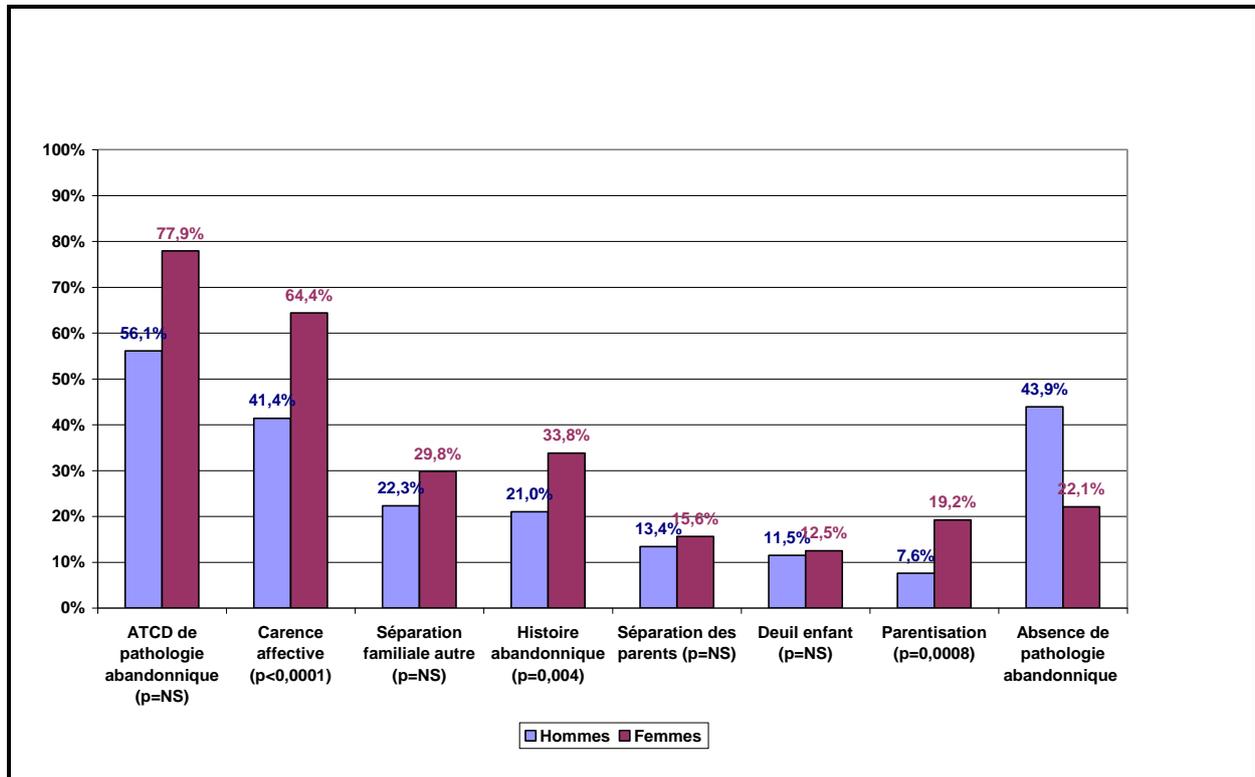


Figure 5 : Prévalences des pathologies abandonniques chez les hommes (n=157) et chez les femmes (n=610), exprimées en % de la population



*Les psychotraumatismes sont présents chez 82% des femmes et 60% des hommes (p=NS).
61% des femmes et 38% des hommes sont polytraumatisés (p=NS).*

Les femmes ont plus fréquemment des antécédents de violences directes (p=0,001), d'abus sexuel (p=0,0004), de carence affective (p<0,0001), d'histoire abandonnique (p=0,004), de parentisation (p=0,0008) et d'association de plusieurs psychotraumatismes (p<0,0001).

3.9. Décision à l'issue de l'évaluation

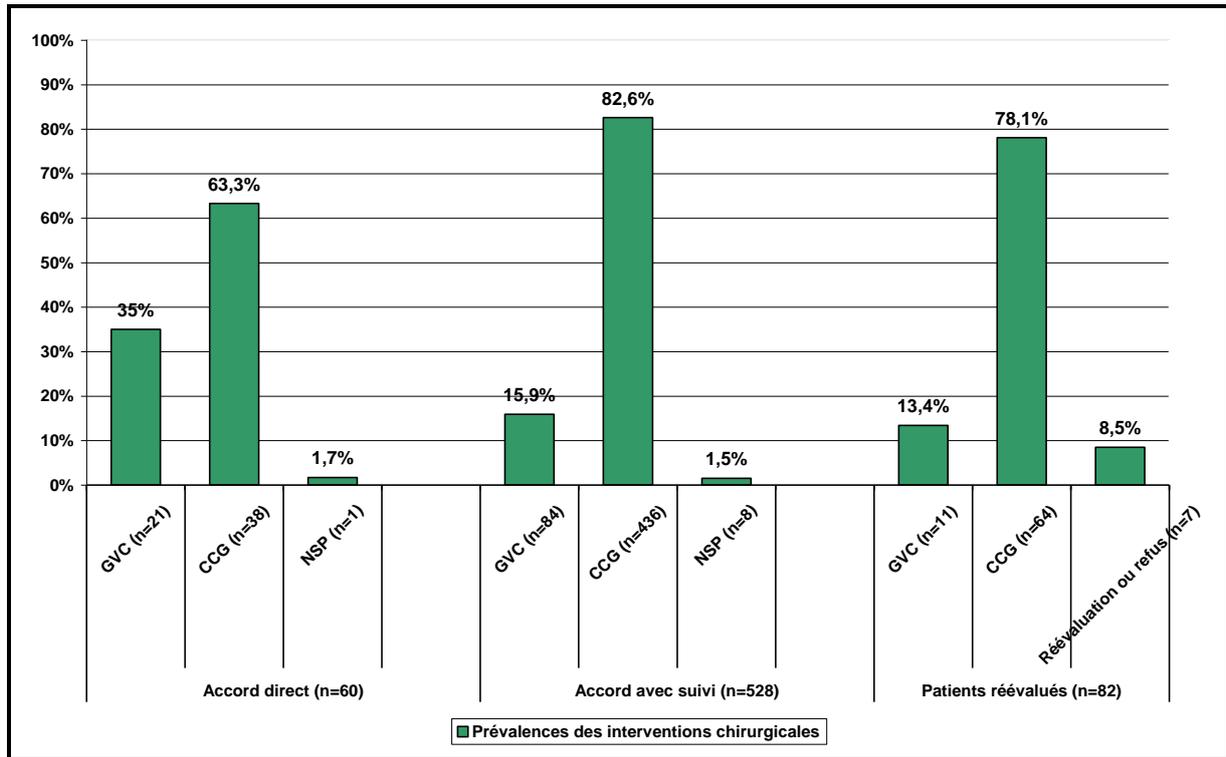
L'évaluation psychiatrique aboutit à quatre types de réponse concernant la demande chirurgicale :

- Accord : 60 patients
- accord avec suivi psychiatrique/psychologique nécessaire : 528 patients
- prise en charge psychiatrique préalable et réévaluation de la demande par la suite : 82 patients
- refus : 97 patients

La **Figure 10** résume les différentes interventions effectuées par le CHU de Nancy depuis 1997. Le court-circuit gastrique est l'opération la plus pratiquée, suivie de la gastroplastie verticale calibrée. En effet, les troubles alimentaires compulsifs comme le BED contre-indiquent les interventions restrictives comme la GVC alors que le court-circuit gastrique reste possible.

Figure 10 : Prévalences des interventions chirurgicales chez les patients opérés

(n=670)



4. DISCUSSION

4.1. Données importantes

Comparativement aux études récentes sur les patients candidats à la chirurgie bariatrique, notre population est importante et nous permet d'étudier les deux sexes séparément. Nous obtenons des associations significatives, différentes selon le sexe, entre des troubles psychiatriques et des psychotraumatismes.

Dans notre travail les psychotraumatismes sont présents chez 82% des femmes et 60% des hommes (p=NS). 61% des femmes et 38% des hommes sont polytraumatisés (p=NS).

1,9% des hommes et 11,5% des femmes (p=0,0004) ont subi un abus sexuel.

Dans la littérature la prévalence des antécédents de psychotraumatismes chez les patients candidats à la chirurgie bariatrique varie de 60 à 70% (37, 40, 86) et les abus sexuels de 17 à 32% (54, 71). L'évaluation est faite lors d'un entretien semi-structuré ou avec le Childhood Trauma Questionnaire.

79% des hommes et 75% des femmes de notre population ont des antécédents psychiatriques personnels (p=NS). Les troubles les plus retrouvés dans les deux sexes sont : les addictions, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux.

On retrouve de multiples associations, dans les deux sexes, entre les antécédents de psychotraumatismes et les troubles psychiatriques.

La prévalence des addictions, des troubles de la personnalité et des troubles alimentaires (sauf le BED) n'est pas significativement associée aux antécédents de psychotraumatismes.

90% des hommes et 95% des femmes ont des troubles du comportement alimentaire (p=NS).

L'hyperphagie prandiale est significativement plus fréquente chez les hommes (p<0.0001) et le BED est significativement plus fréquent chez les femmes (31% vs 20%, p=0,008).

Le BED est le seul TCA dont la prévalence varie en cas d'antécédents de psychotraumatismes. Chez les patientes qui présentent un BED, seuls 11,4% n'ont pas d'antécédent de psychotraumatismes (p=0,0003).

4.2. Autres résultats

Dans cette partie, nous discutons nos résultats et nous les comparons avec ceux de la littérature traitant du même sujet.

Les différentes études utilisées sont répertoriées dans pubmed avec les mots clés suivants : « *bariatric surgery* », « *mental disorder* », « *eating disorders* », « *binge eating disorder* » et « *child abuse* ».

4.2.1. Description de la population

Dans notre travail la population féminine (79,5%) est largement majoritaire.

L'âge moyen est d'une quarantaine d'années et plus de la majorité des patients, hommes et femmes, sont en couple.

Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans les études sur des patients candidats à la chirurgie de l'obésité : la proportion de femmes varie de 71,9 à 83,3%, l'âge moyen de 37 à 46 ans et les patients sont le plus souvent en couple (48, 60, 69).

La situation professionnelle est peu renseignée dans la littérature. Néanmoins, le niveau d'éducation est généralement bas chez ces patients (48).

Dans notre population, l'IMC moyen est de 47 kg/m² ce qui est légèrement inférieur aux chiffres de la littérature (entre 48,3 et 52,2 kg/m²) (48, 55, 60, 69).

4.2.2. Antécédents psychiatriques familiaux

Dans notre population, les antécédents familiaux les plus fréquents dans les deux sexes sont les antécédents familiaux d'addiction et de trouble de l'humeur. Leur prévalence chez les hommes et les femmes n'est pas significativement différente. Les autres antécédents sont minoritaires.

Les antécédents familiaux de TCA sont peu présents dans notre population alors que nous aurions pu imaginer une prévalence élevée.

Ces troubles ne sont que rarement étudiés dans la littérature internationale.

4.2.3. Antécédents personnels

4.2.3.1. Prévalences

En 2004, Sarwer a recensé les traitements psychiatriques chez 90 candidats à la chirurgie de l'obésité : 34,4% prenaient des psychotropes, 30% des antidépresseurs, 6,6% des anxiolytiques et 3,3% des antipsychotiques (72). Cela confirme l'importance des antécédents psychiatriques dans cette population.

79% des hommes et 75% des femmes de notre population ont des antécédents psychiatriques personnels ($p=NS$). Les troubles les plus retrouvés dans les deux sexes sont : les addictions, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux.

La majorité des études retrouve une prévalence d'antécédents psychiatriques similaire à celle que nous obtenons, entre 60 et 70% (14, 69). Une étude italienne de 2008 et une américaine de 2006 obtiennent des prévalences inférieures à 40% (56, 69).

Néanmoins, les troubles les plus fréquents sont toujours les mêmes et correspondent à nos résultats : addictions, troubles de l'humeur et troubles anxieux.

Les femmes ont significativement plus d'antécédents de trouble de l'humeur ($p=0,0002$) et de tentative de suicide ($p=0,03$). Les hommes ont significativement plus d'antécédents d'addiction ($p<0,0001$).

Les études de Kalarchian (48) et de Mauri (56) ne retrouvent pas d'association entre les troubles de l'axe 1 et le sexe ; alors que l'étude de Mazzeo (57) montre une association entre les troubles de l'humeur et le sexe féminin et celle de Mühlhans (60) une association entre les troubles de l'axe 1 et le sexe féminin (population des études citées : Kalarchian : 288 patients, Mauri : 282 patients, Mazzeo : 487 patients et Mühlhans : 146 patients)

Les antécédents personnels de tentative de suicide sont significativement plus fréquents dans le sexe féminin. Cela confirme le résultat obtenu dans une étude de 2010 (11,2% de TS, fréquence plus importante dans le sexe féminin) (87).

Nous sommes les seuls à démontrer que les hommes ont significativement plus d'addictions que les femmes.

Les études diffèrent sur le lien entre l'IMC et les troubles de l'axe 1. Mauri (56) ne trouve pas de corrélation alors que Kalarchian (48) a dans son étude une association significative entre les troubles de l'axe 1 et un IMC élevé. Il faut souligner que dans l'étude de Mauri l'IMC des patients est inférieur à celui retrouvé chez Kalarchian.

Kalarchian a comparé les prévalences des troubles psychiatriques dans une population de patients en demande de chirurgie bariatrique avec celles obtenues chez des patients obèses. Les résultats sont : troubles humeur : 45,5% vs 20,8%, troubles anxieux : 37,5% vs 28,8%, addiction substances : 32,6% vs 14,6%. Les patients obèses candidats à la chirurgie ont plus de troubles psychiatriques que les patients obèses non candidats.

Mühlhans (60) retrouve une prévalence des troubles psychiatriques plus élevée chez les candidats à la chirurgie bariatrique que dans la population générale.

Des études montrent que les troubles de l'humeur précèdent les problèmes de poids, mais les troubles psychiatriques peuvent être une conséquence de l'obésité sévère dans une société prônant la minceur.

Une étude de 2011 a évalué l'impact des troubles anxieux et dépressifs sur la perte de poids après la chirurgie (95). Les antécédents sur la vie entière de trouble anxieux sont de mauvais pronostic en ce qui concerne la perte de poids après la chirurgie alors que les autres antécédents (antécédents vie entière et actuels de dépression et antécédents actuels de trouble anxieux) ne sont pas associés à la perte de poids.

Les patients présentant les deux troubles en préopératoire perdent moins de poids.

Cela confirme le fait que la recherche et le traitement des troubles psychiatriques en préopératoire sont justifiés, ces troubles pouvant avoir un impact sur le résultat de la chirurgie en terme de perte pondérale.

Nous n'avons pas retrouvé d'antécédents de trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) dans notre cohorte. Ce trouble n'était pas dépisté à l'époque en France et les patients n'étaient pas traités.

Une étude de 2012 dans une population de patients obèses en attente de chirurgie retrouve une prévalence de 12,1%. Ce taux est supérieur à celui retrouvé en population générale mais similaire à celui retrouvé dans un échantillon de population obèse morbide (14,3%).

Le lien entre obésité et TDAH est inconnu à ce jour (41).

Nous avons recensé les antécédents de trouble bipolaire au sens propre mais pas les troubles du spectre bipolaire, notion en plein développement. Deux études sur une population de patients demandeurs de chirurgie bariatrique retrouvent des prévalences très élevées de l'ordre de 90%. L'étude la plus récente confirme une association significative entre obésité et troubles du spectre bipolaire (4, 5).

Ces résultats confirment la forte prévalence des troubles de l'humeur chez ces patients. D'une part il faut les dépister en préopératoire car ils peuvent influencer le résultat de la chirurgie ; d'autre part nous pouvons faire l'hypothèse d'un « auto traitement » de ces troubles par les comportements alimentaires.

4.2.3.2. Psychotraumatismes associés

En ce qui concerne les liens entre psychotraumatismes et troubles psychiatriques, nous retrouvons de multiples associations significatives, dans les deux sexes. Il existe néanmoins une prédominance féminine, certainement due à un effectif féminin plus important.

Les antécédents de carence affective sont très souvent associés aux troubles psychiatriques.

D'après une étude de 2007, une histoire de maltraitance est associée avec le risque de développement de troubles psychiatriques (6).

Les abus sexuels sont associés de manière significative avec les passages à l'acte suicidaire chez les patientes présentant un TCA (51). Dans la littérature, les antécédents d'abus sexuels sont associés aux idées suicidaires dans le sexe féminin (54).

Notre travail retrouve une association significative entre les abus sexuels et les tentatives de suicide et cela dans les deux sexes.

Une autre étude retrouve une association significative entre les antécédents d'abus sexuels et les troubles anxieux, la dépression, les troubles alimentaires, le syndrome de stress post-traumatique, les troubles du sommeil et les tentatives de suicide (20).

En 2006, Grilo a menée une étude sur les liens entre la maltraitance infantile et la psychopathologie des patients candidats à la chirurgie de l'obésité. Le seul lien significatif retrouvé est celui entre dépression et abus sexuel.

Les antécédents de psychotraumatismes favoriseraient l'obésité à l'âge adulte mais n'en déterminent pas la sévérité ni le profil psychologique des patients.

Par contre, les patients aux antécédents d'abus sexuel dans l'enfance ont des scores plus élevés de dépression un an après la chirurgie, bien que ce score marque une diminution avec ce même score en pré-gastroplastie et qu'il n'atteigne pas le score limite de dépression clinique (40).

En 2008, Wildes a mené une étude similaire et montre que les patients avec des antécédents de traumatismes ont plus d'antécédents de troubles psychiatriques (86).

Les antécédents d'abus émotionnel ou sexuel sont associés avec une prévalence élevée de trouble de l'humeur et de trouble anxieux, la négligence émotionnelle est associée aux troubles de l'humeur et les abus physique sont associés aux abus de substances.

Dans une étude de 2005, l'abus et la négligence émotionnels sont corrélés à la dépression et à une faible estime de soi. L'abus physique est corrélé à la dépression (37).

Il est parfois difficile de comparer ce type de données avec celles obtenues dans les études anglo-saxonnes car leur dénomination des psychotraumatismes diffère de la nôtre.

Un article très récent, publié en juillet 2012, étudie les liens entre les punitions physiques (bousculade, gifles) et les troubles de l'axe I et II, en dehors de tout acte de maltraitance. Les auteurs ont conclu que les punitions physiques étaient associées avec un risque accru de trouble de l'humeur, de trouble anxieux, d'abus/dépendance aux substances (alcool et drogues) et de trouble de la personnalité ; après ajustement pour les données sociodémographiques et les histoires familiales. 2 à 5% des troubles de l'axe I et 4 à 7% des troubles de l'axe II seraient dus à ces punitions (3).

Les résultats que nous avons obtenus confirment les données de la littérature sur l'association entre troubles de l'axe I et maltraitance.

Les patients candidats à la chirurgie de l'obésité ont plus d'antécédents de maltraitance que la population générale, il existe un lien entre maltraitance et troubles psychiatriques et cette association est significativement plus fréquente dans le sexe féminin.

4.2.4. Troubles de la personnalité

4.2.4.1. Prévalences

Les troubles de la personnalité sont retrouvés chez 21% des patients et 24,6% des patientes de notre étude. Cette prévalence est similaire à celles retrouvées dans la littérature, c'est-à-dire proche de 25% (48, 56).

Dans notre étude nous n'avons pas retrouvé de différence entre les sexes quant à la prévalence des troubles de la personnalité.

D'après l'étude de Kalarchian (2007), les troubles de personnalité ne sont pas associés au sexe, ni à l'IMC. Les troubles les plus fréquemment retrouvés sont ceux du cluster C (48).

Cela correspond à nos résultats car dans les trois types de personnalité les plus retrouvés nous avons la personnalité dépendante et la personnalité obsessionnelle.

4.2.4.2. Psychotraumatismes associés

Dans notre population il n'y a pas d'association entre les troubles de la personnalité et les psychotraumatismes.

D'après Sansone (2006), les antécédents de traumatisme déterminent une proportion plus élevée de trouble de la personnalité borderline, antisociale, évitante, paranoïde et même schizotypique (70).

La personnalité limite pourrait être un lien entre agression sexuelle dans l'enfance et conduites boulimiques (52). Ces deux syndromes ont été associés à des caractéristiques d'interaction familiale marquées par des violations fréquentes des frontières dans la relation parent-enfant et à des structures caractérisées par des tensions et une détresse élargies à toute la famille (62). Ces deux syndromes semblent être associés à des anomalies biologiques spécifiques, plus particulièrement à des troubles de la régulation de la sérotonine (36, 82). Consécutivement, les modèles biopsychosociaux disponibles tant pour la boulimie que pour la personnalité borderline tendent à postuler des cheminements étiologiques comparables, impliquant une collision entre une vulnérabilité biologique (qui rend des individus susceptibles à des problèmes de régulation de l'humeur et de l'impulsion) et des processus

développementaux qui pourraient favoriser des troubles de la régulation et de l'image de soi (62, 76).

Dans son étude de 2008, Wildes ne retrouve pas d'association entre les traumatismes pendant l'enfance et les troubles de la personnalité (86).

4.2.5. Addictions

4.2.5.1. Prévalences

Dans notre population, les antécédents d'addiction sont significativement plus fréquents chez les hommes : 62% vs 40%, $p < 0,0001$.

Les femmes ont une prévalence d'addiction à la nourriture plus élevée que les hommes ($p = NS$).

Les prévalences retrouvées dans la littérature diffèrent beaucoup de nos résultats : 32% pour Kalarchian (2007) (48) et 15% pour Mühlhans (2009) (60).

Mühlhans est le seul à étudier les deux sexes séparément. Les femmes ont plus d'antécédents d'addiction mais sans que cela n'atteigne un niveau de significativité suffisant. La faible population de l'étude (146 patients), explique peut-être cette absence de significativité.

Kalarchian compare la prévalence des addictions dans sa cohorte de patients en attente de chirurgie bariatrique avec celle chez les patients obèses non candidats. Les obèses candidats à la chirurgie ont deux fois plus d'antécédents d'addictions que les autres patients.

Dans ces deux études, les auteurs recensent la prévalence des addictions sur la vie entière et au moment du bilan pré-opératoire. Les résultats obtenus sont intéressants : 32,6% vs 1,7% (Kalarchian) et 15,1% vs 1,4% (Mühlhans). Cet écart important nous permet de supposer que les addictions aux substances et les troubles alimentaires pourraient remplir la même fonction. Ces deux troubles seraient susceptibles de se succéder dans l'histoire de vie des patients.

Sur le plan des addictions, nos résultats diffèrent de ceux retrouvés dans les autres études car nous obtenons une prévalence significativement plus élevée chez les hommes et une prévalence globale des addictions dans les deux sexes plus importante.

4.2.5.2. Psychotraumatismes associés

Les abus physiques sont associés aux abus de substances selon Wildes (86).

En 2006, Gustafson retrouve des prévalences plus élevées d'antécédents personnels et familiaux d'abus de substances chez les patients avec antécédents d'abus sexuels (42).

Dans notre étude, nous ne retrouvons pas de facteur explicatif significativement associé aux addictions.

4.2.6. Troubles du comportement alimentaire

4.2.6.1. Prévalences

Dans notre étude, les troubles alimentaires sont très représentés et concernent 90% des patients. 70% ont des antécédents familiaux d'obésité.

Dans un travail similaire réalisé en 2010, la prévalence des antécédents familiaux ne s'élève qu'à 27% (14). Deux études américaines et une étude italienne obtiennent des prévalences de TCA bien inférieures aux nôtres, autour de 15% (48, 56, 69).

Chez nos patients, nous avons recensé au sein des TCA les troubles tels qu'ils sont définis dans le DSM-IV mais également les compulsions simples. Dans la catégorie BED, nous avons regroupé le binge extra-prandial et le binge prandial. Ces critères d'inclusion des TCA peuvent expliquer notre prévalence importante en comparaison avec d'autres travaux.

En effet, notre expérience nous a conduits à envisager un continuum compulsions simples/BED dans l'histoire de l'obésité des patients. Nous avons constatés qu'ils alternent fréquemment ces troubles au gré des événements de vie qu'ils rencontrent.

Les troubles alimentaires restent des entités non parfaitement codifiées pour le moment.

Powers (1999), ne trouve pas de lien significatif entre les troubles alimentaires en pré-opératoire et la perte de poids en post-opératoire (65).

Pour la majorité de nos patients, hommes et femmes, l'obésité débute avant l'âge adulte. Chez les femmes, la prise de poids intervient plus souvent que chez les hommes à l'adolescence ($p=0,0002$). Une étude de 2010 sur une population similaire ne retrouve pas de lien entre le sexe et l'âge de début de l'obésité (25).

Les troubles alimentaires compulsifs sont plus présents chez les femmes et les troubles non compulsifs sont plus fréquents chez les hommes.

L'hyperphagie prandiale est plus fréquente chez les hommes ($p<0,0001$) et le BED chez les femmes ($p=0,008$). Cela confirme la conclusion précédente car l'hyperphagie prandiale est un trouble non compulsif alors que le BED est un trouble alimentaire compulsif.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'association entre sexe et trouble alimentaire spécifique.

Néanmoins, une étude de 2006 retrouve un lien significatif entre le sexe féminin et les périodes de régime et l'influence de l'apparence physique sur l'estime de soi ($p<0,01$) (57).

Rosenberger (2006) (69) et Mühlhans (2009) (60), ont montré une relation significative entre les antécédents de troubles alimentaires et les antécédents psychiatriques : les patients avec des antécédents de troubles alimentaires ont plus d'antécédents de troubles psychiatriques. Wildes, dans son étude de 2008, retrouve également cette association (86).

4.2.6.2. Psychotraumatismes associés

Dans notre travail le BED est le seul trouble alimentaire corrélé avec des antécédents de psychotraumatismes.

Dans l'étude réalisée à Nancy en 2006, les carences dans l'enfance influencent la survenue d'un TCA de manière significative ($p=0,05$) (44).

L'impact des antécédents de maltraitance est modéré par certaines variables, notamment l'âge de début des abus et l'identité de l'abuseur (49). On retrouve plus de TCA dans le cas d'abus réalisés au sein de la cellule familiale que pour les abus en extra-familial (9).

Les données de la littérature sont contradictoires sur les liens entre les psychotraumatismes et les TCA. Les associations les plus retrouvées concernent les abus sexuels.

Une méta-analyse de 53 études retrouve une relation faible mais significative entre les abus sexuels dans l'enfance et les TCA (74). Les abus sexuels sont associés de façon significative avec les passages à l'acte suicidaire chez les patientes présentant un TCA (51).

Dans un article de 2007, les individus avec des TCA ont plus souvent que les autres des antécédents traumatiques et inversement, les individus aux antécédents traumatiques ont plus de TCA.

Dans une population de patients ayant des TCA, les abus sexuels pendant l'enfance sont associés avec une symptomatologie anxieuse et dépressive, des somatisations, des tentatives de suicide, des abus de substances, des comportements auto-agressifs, de l'impulsivité, une faible estime de soi et un syndrome de stress post-traumatique.

Dans une étude de 2010 sur plus de 3 millions de patients issus de 9 bases de données, les auteurs retrouvent une association significative entre les ATCD d'abus sexuels et les troubles alimentaires, renforcée en cas de viol (20).

En 2000, des auteurs ont recherché les variables impliquées dans la survenue des TCA chez des femmes abusées dans l'enfance. Le risque pour elles de développer un TCA est associé au jeune âge (moins de 30 ans), à une précocité des ménarches (avant 12 ans) et à un hypercontrôle paternel.

Le développement d'une anorexie est plus spécifiquement lié à une carence de soins maternels. Le développement d'une boulimie est associé à une précocité des premières règles. L'étude ne retrouve pas d'association indépendante entre les abus et les TCA : les TCA sont plus présents au même titre que les autres troubles psychiatriques dans cette population (68).

D'après Grilo, les antécédents de psychotraumatismes favoriseraient l'obésité à l'âge adulte mais n'en déterminent pas la sévérité ni le profil psychologique de ces patients (37, 40).

Des antécédents de maltraitance seraient associés avec le risque de développement de troubles psychiatriques et général et non avec les TCA en particulier.

Les traumatismes sexuels seraient davantage un facteur de risque que la cause directe de l'apparition de TCA (12, 49).

Nous ne retrouvons pas de lien entre TCA et psychotraumatismes dans notre travail, ce qui confirme les hypothèses ci-dessus. Néanmoins, le BED est le seul trouble alimentaire significativement associé à des antécédents de maltraitance.

4.2.7. BED

4.2.7.1. Prévalences

Dans notre étude le BED est présent chez 20% des hommes et 30% des femmes ($p=0,008$).

Dans l'étude de Kalarchian de 2007, la prévalence vie entière du BED est de 27,1% et la prévalence actuelle est de 16% (48).

Deux autres études de 2010 et 2012 sur des patients en demande de chirurgie bariatrique retrouvent une prévalence du BED autour de 25% (14, 47).

Dans une autre étude de 2010, les patients ont été évalués par l'auto-questionnaire Eating Disorder in Obesity. La prévalence du BED n'est alors que de 14% (25).

Mazzeo, dans son étude de 2006, ne retrouve pas d'association entre le BED et le sexe (57).

Plusieurs travaux vont dans le sens d'une absence de lien entre BED, sexe et IMC (14, 61, 67).

4.2.7.2. BED et psychotraumatismes

Dans notre population le BED est associé à des antécédents de psychotraumatismes dans les deux sexes, avec des associations plus nombreuses chez les femmes.

Dans l'étude réalisée à Nancy en 2006 sur une population similaire, l'auteur a montré que les carences dans l'enfance influencent la survenue d'un TCA de manière significative ($p=0,05$) et qu'elles sont corrélées de manière positive à la présence d'un BED (RR de 2,14) (44).

Grilo *et al*, en 2001 (38) puis en 2011 (11), ont étudié la prévalence des antécédents de maltraitance chez des patientes BED. Il est parvenu aux résultats suivants : les femmes ayant un BED ont deux à trois fois plus d'antécédents de maltraitance que la population générale.

Les maltraitements sont corrélés avec une faible estime de soi et auraient un impact important sur la perception de son corps.

Les abus émotionnels et sexuels notamment, sont corrélés à ces deux caractéristiques (27).

Néanmoins, les différentes formes de maltraitance ne sont pas associées à des caractéristiques des TCA telle le *binge* (37).

Une étude de 2007 compare trois groupes de patients (BED, NES et obèses) pour le lien entre maltraitance et trouble du comportement alimentaire. Les abus physique et sexuel diffèrent peu selon les groupes alors que la négligence et l'abus émotionnel sont plus fréquents dans les groupes BED et NES que dans le groupe « obèses » et sont associés avec un risque élevé de dépression (6).

L'abus émotionnel est significativement associé avec les personnalités du cluster C, et particulièrement avec la personnalité évitante.

Les autres formes de maltraitance ne sont pas associées à un trouble de la personnalité (39).

Ces résultats vont dans le sens de l'existence du BED en tant que véritable entité au sein des TCA, voire au sein des troubles psychiatriques. Cela confirme la nécessité de le considérer comme un trouble à part entière dans le manuel de diagnostic psychiatrique de référence.

4.2.7.3. BED et troubles psychiatriques

Le BED est significativement associé aux antécédents d'addiction dans les deux sexes, l'association étant plus forte avec le sexe masculin. Chez la femme, il est de plus associé aux antécédents de trouble de l'humeur, de trouble anxieux et de tentative de suicide.

Dans la littérature, les liens avec les troubles psychiatriques en fonction du sexe n'ont pas été étudiés.

Plusieurs études retrouvent une association significative entre le BED et les troubles psychiatriques en général (45, 60, 67).

Les auteurs retrouvent également un lien significatif entre le BED et les troubles de l'humeur ou anxieux (19, 47, 61, 67).

Une méta-analyse a regroupé les études sur les liens entre BED et dépression, dans pubmed, entre 1980 et 2006. 14 études ont été répertoriées, 10 d'entre elles montrent un lien significatif (8).

Par contre le lien BED/addiction est peu présent dans la littérature.

Yanovski, en 1993, retrouve dans son étude une proportion d'antécédents familiaux d'addiction plus élevée chez les patients BED (91). En 2002, Bulik montre que les sujets BED ont plus de risque d'addiction à l'alcool et plus d'antécédents familiaux d'addiction (19).

Enfin, dans la précédente étude menée à Nancy en 2006, le BED est associé aux antécédents personnels mais également familiaux d'addiction ($p < 0,0001$) (44).

En ce qui concerne les troubles de la personnalité, Yanovski, en 1993, obtient des prévalences pour les personnalités borderline et évitante plus élevées chez les patients BED (91).

Dans l'étude nancéenne de 2006, le BED est associé aux personnalités dépendante et borderline de façon significative ($p < 0,0001$) (44).

4.3. Méthodologie : l'évaluation psychiatrique

Les professionnels de la santé mentale ont été inclus dans l'évaluation préopératoire des patients pour deux raisons : d'une part, la prévalence des troubles psychiatriques est importante dans cette population et d'autre part, les praticiens ont depuis toujours souhaité identifier les facteurs prédictifs de la perte de poids et de complications post-chirurgicales (83).

Aux USA, le National Institutes of Health (NIH) (1991) a établi des recommandations en matière d'évaluation préopératoire (96). Elles ont été réactualisées par Buchwald *et al.* en 2005 (17). Dans cette conférence de consensus, le psychiatre n'est pas inclus d'office dans la prise en charge préopératoire mais uniquement si besoin... Au niveau européen, de nouvelles recommandations ont été éditées en 2008 par un collège d'experts (32). En France, ce sont les recommandations de l'HAS de 2009 qui sont appliquées (43).

Dans tous ces textes, les modalités d'évaluation psychiatriques pré-opératoire restent très insuffisamment codifiées.

Dans l'étude de Friedman (2007), menée sur 837 patients, 16% ont vu un psychiatre lors du bilan pré-opératoire (33). A Nancy, depuis 1997, les patients voient obligatoirement un psychiatre avant l'intervention pour une évaluation sous forme d'entretien semi-structuré basé sur les critères du DSM-IV-TR.

Une étude américaine de 2010 compare, chez 68 candidats à la chirurgie, les résultats d'une exploration psychiatrique de routine en pré-opératoire avec les résultats obtenus suite à une évaluation par le DSM-IV-TR. La concordance retrouvée est faible avec un coefficient de kappa inférieur à 0,5 (58). Ces données soulèvent des questions intéressantes concernant

l'utilisation des évaluations psychiatriques non structurées avant la chirurgie bariatrique. Une évaluation psychiatrique spécifique, réalisée par un professionnel, serait préférable à une évaluation standard non codifiée.

En 2007 aux Pays-Bas, une étude a recensé les pratiques d'évaluation psychiatrique en matière de chirurgie bariatrique entre 2000 et 2005 (46). La plupart des hôpitaux disposent d'un processus d'évaluation multidisciplinaire. Sur les 37 hôpitaux ayant répondu, 33 (89%) font intervenir un spécialiste de la santé mentale et 17 (46%) pratiquent des tests en plus de l'entretien psychiatrique. Les tests les plus pratiqués sont : le Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ), le Utrecht coping list, le Dutch personality questionnaire et le Symptom checklist (SCL-90).

Dans une étude de 2007 sur l'évaluation psychiatrique préopératoire, la procédure était la suivante : une minorité de répondants (14,6%) ont déclaré qu'ils utilisaient seulement un entretien clinique et n'incluaient pas les tests psychométriques dans leurs évaluations psychologiques. Près des trois quarts (74,8%) des répondants utilisent entre un et quatre tests, en plus de l'entretien clinique. Seulement 10,7% de l'échantillon a utilisé plus de cinq tests. Le nombre moyen de tests utilisés était de deux. Le Minnesota Multiphasic Personality Inventory, deuxième édition (MMPI-2) était l'instrument le plus couramment utilisé, qui a été rapportée par 69% de ceux qui ont utilisé des tests préopératoires dans leurs évaluations psychologiques. Le Beck Depression Inventory et le Millon Behavioral Medicine Diagnostic étaient les seuls autres instruments signalés par au moins 25% des utilisateurs de test (84).

Une autre étude de 2006 sur les modalités de l'évaluation psychiatrique obtient les résultats suivants :

- la plupart des répondants ont déclaré avoir utilisé des entretiens cliniques (98,5%) (structurés : 9,3%, non structurés : 9,3% et semi-structurés : 81,4%)
- des inventaires de symptômes (68,6%) dont les plus fréquents sont les échelles de dépression, d'anxiété et de troubles alimentaires
- des tests de personnalité objectifs (63,4%)
- des tests de personnalité projectifs (3,6%)
- des tests explorant la fonction cognitive (38,1%)

Plus de 90% des répondants ont mentionné des problèmes de santé mentale. Les questions liées au consentement éclairé et l'observance du traitement étaient les critères non psychiatriques les plus fréquemment cités comme contre-indications à la chirurgie (28).

L'absence d'une approche uniforme intervient à deux niveaux : la présence même d'une évaluation psychiatrique et ses modalités d'application. Le manque de données a conduit certains chirurgiens à conclure que les candidats ne doivent pas systématiquement faire l'objet d'une évaluation préopératoire du comportement.

Davantage d'efforts sont nécessaires pour élaborer des lignes directrices uniformes en matière d'évaluation psychiatrique et une sélection adaptée des candidats à la chirurgie bariatrique.

Une étude américaine de 2007 a évalué les causes de refus d'intervention auprès de 103 psychologues réalisant des évaluations psychiatriques préopératoires (55, 84). En moyenne, 15% des demandes sont reportées ou refusées. Les raisons les plus courantes pour retarder ou refuser la chirurgie étaient les pathologies décompensées (y compris psychose et trouble bipolaire) (51%), la dépression non traitée ou en cours de traitement (39%) et le manque de compréhension des risques et des besoins postopératoires de la chirurgie (30%).

Un autre travail de 2005 sur 81 équipes de chirurgie bariatrique aux USA rapporte les contre-indications suivantes : l'usage actuel de drogues, une schizophrénie non stabilisée, un retard mental sévère et le manque de connaissances sur la chirurgie étaient les contre-indications les plus souvent citées (10). Pour leur évaluation psychiatrique, ils utilisent des inventaires de symptômes dans 55% des cas (essentiellement le Beck Depression Inventory (BDI)), des tests de personnalité dans 30% des cas (surtout le MMPI) et des échelles d'évaluation du comportement alimentaire dans seulement 11% des cas.

Les causes de refus les plus fréquemment citées font rarement état du type de trouble alimentaire en présence. Au CHU de Nancy, comme nous l'avons précisé dans le chapitre « méthodologie », le comportement alimentaire est attentivement étudié car les troubles alimentaires compulsifs contre-indiquent les interventions restrictives. De plus, les troubles alimentaires non pris en compte en préopératoire peuvent être à l'origine de complications post-chirurgicales et d'une altération du pronostic (substitution du trouble alimentaire par une autre addiction, dépression, forçage des dispositifs chirurgicaux, perte de poids peu importante).

En résumé, même si une évaluation préopératoire complète offre la possibilité d'identifier le petit nombre de patients pour lesquels la chirurgie est contre-indiquée, pour la plupart des individus une évaluation préopératoire soigneuse devrait avoir une fonction de planification et d'éducation plutôt que d'une fonction de contrôle. Les personnes souffrant de problèmes psychiatriques peuvent bénéficier d'un traitement avant l'intervention et de la mise en place d'un plan de suivi post-opératoire (55, 94).

4.4. Les apports de l'étude

Notre étude confirme certaines données retrouvées dans des travaux traitant du même sujet. Les variables socio-démographiques, les prévalences des troubles psychiatriques et celles des troubles de personnalité sont similaires dans notre travail et dans les études référencées. D'autres résultats obtenus sont néanmoins divergents avec les données de la littérature, notamment les prévalences des addictions et des troubles alimentaires, qui sont plus élevées dans notre étude.

Les liens entre les psychotraumatismes et les troubles psychiatriques, ainsi qu'entre les psychotraumatismes et le BED sont connus et nous les retrouvons dans notre travail. Cependant, dans la littérature, ces associations sont le plus souvent étudiées sur une population mixte et peu importante (moins de 250 sujets) et ne sont pas toujours significatives.

L'intérêt de cette étude vient en partie de son effectif, qui nous permet d'avoir une puissance statistique importante et d'étudier les deux sexes séparément. Ainsi, nous avons pu mettre en lumière les associations significatives suivantes :

- *Les hommes ont plus fréquemment des antécédents d'addiction, notamment au tabac et à l'alcool. Les femmes ont plus souvent des antécédents de trouble de l'humeur et de tentatives de suicide*
- *Chez les hommes, les psychotraumatismes sont significativement associés aux addictions, aux troubles de l'humeur et aux tentatives de suicide. Chez les femmes, ils sont associés aux mêmes pathologies psychiatriques ainsi qu'aux troubles anxieux*
- *L'obésité débute plus souvent à l'adolescence chez les femmes. Elles présentent significativement plus de BED que les hommes alors que ces derniers ont plus souvent une hyperphagie prandiale.*
- *Chez les femmes, le BED est associé aux antécédents d'addictions, de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et de tentatives de suicide. Chez les hommes, il est uniquement associé aux antécédents d'addiction.*
- *Chez les femmes, le BED est associé aux antécédents de carence affective, de violences directes, de violences indirectes, d'abus sexuels et au cumul des psychotraumatismes. Chez l'homme, il n'est associé qu'aux antécédents de carence affective.*

4.5. Les limites de l'étude

Notre travail présente certaines limites.

Tout d'abord nous n'avons pas de groupe contrôle (patients obèses sans prise en charge chirurgicale ou population générale), nous ne pouvons pas comparer nos résultats avec ceux d'un autre échantillon.

Nous retrouvons, pour certains troubles, un nombre plus important d'association avec le sexe féminin. Ceci peut être lié à la différence de population entre les hommes et les femmes (610 femmes vs 157 hommes).

La classification des TCA est telle qu'actuellement, l'anorexie et la boulimie sont les seuls troubles clairement identifiés et individualisés au sein de DSM-IV-TR, les autres sont

regroupés sous le vocable EDNOS (*Eating Disorder Not Otherwise Specified*). Cela peut expliquer les différences de prévalences selon les études.

Dans notre travail les prévalences utilisées portent sur la vie entière. Il aurait été utile d'avoir les prévalences des troubles psychiatriques passés et actuels, afin de pouvoir explorer l'historique et la succession des troubles.

Enfin, pour les psychotraumatismes, nous n'avons pas les mêmes critères que la littérature internationale, qui les classe ainsi : abus émotionnel, physique et sexuel ; négligence émotionnelle et physique. Il est donc difficile de comparer en détail les différentes associations retrouvées avec ces types de maltraitance.

Les biais de l'étude:

Le biais de sélection se définit comme la sélection de sujets non représentatifs de l'ensemble de la population étudiée. Les patients ont pu être opérés ailleurs, sans passer par l'expertise psychiatrique. L'expertise a également pu être réalisée en libéral.

Le biais dû aux déclarations du sujet est lié à une tentative de masquer les symptômes pour obtenir l'accord psychiatrique. Lors des tables rondes et des rencontres avec d'autres patients obèses, les candidats à la chirurgie peuvent se renseigner sur les limites et les contre-indications à la chirurgie. Certains troubles psychiatriques ou aspects du comportement alimentaires peuvent alors être minimisés ou niés, afin d'optimiser leurs chances d'obtenir un accord pour la chirurgie.

Le biais d'information est en relation avec le type d'évaluation. Elle se fait uniquement par l'entretien semi-structuré avec le psychiatre et ne s'appuie pas sur des échelles d'évaluation standardisées, ce qui a un impact sur la fiabilité et la reproductibilité de l'évaluation.

Ce biais est atténué car c'est le même praticien qui réalise tous les entretiens.

CONCLUSION

Dans ce travail nous avons étudié la psychopathologie des patients obèses en demande de chirurgie bariatrique. Nos résultats, pour la plupart, confirment les données de la littérature et les précisent, notamment en ce qui concerne les associations entre les troubles cliniques, les psychotraumatismes et le sexe.

Ces patients présentent plus de troubles psychiatriques et plus d'antécédents de psychotraumatismes que des patients obèses non traités ou que la population générale.

Ces résultats confirment la nécessité d'une évaluation psychologique pré-opératoire afin d'identifier les antécédents psychiatriques. Certains vont contre-indiquer la chirurgie, d'autres sont à prendre en compte dans une perspective psychodynamique. En effet, l'obésité morbide n'est parfois qu'un symptôme, dont la fonction dans l'économie psychique du sujet doit être évaluée, au risque d'être remplacée par un autre trouble en post-opératoire.

Le *Binge Eating Disorder* est le seul trouble alimentaire significativement associés à des antécédents de pathologies psychiatriques et de psychotraumatismes. Il constitue donc un trouble important à rechercher chez ces patients. Comme certains auteurs le suggèrent, ses critères pourraient bientôt être rediscutés et il pourrait bénéficier d'un statut particulier au sein des TCA. Son appartenance à la sphère des addictions comportementales doit également être envisagée.

Après avoir étudié la psychopathologie de ces patients, il serait intéressant de poursuivre ce travail en post-opératoire. Le profil psychiatrique et les aménagements psychiques mis en place, ainsi que leur impact sur la perte de poids pourraient être évalués. Il serait également utile de comparer l'évolution des patients avec et sans antécédents de psychotraumatismes.

Une étude de 2003 sur 181 patients ayant subi un CCG retrouve une perte de poids 12 mois après la chirurgie significativement moins importante chez les individus avec un antécédent d'abus sexuel (66). Une autre étude de 2007 ne retrouve aucune corrélation entre les psychotraumatismes et la perte de poids deux ans après la chirurgie. Néanmoins, sur les 11 patients hospitalisés en service de psychiatrie après l'opération, 8 avaient des antécédents de traumatismes (21).

Enfin, une étude de 2006 ne montre pas de différence entre les patients avec ou sans maltraitance en ce qui concerne le fonctionnement psychologique en pré et post-opératoire

(un an après la chirurgie). Cependant, les patients aux antécédents d'abus sexuel dans l'enfance ont des scores plus élevés de dépression 1 an après la chirurgie, bien que ce score marque une diminution avec ce même score en pré-gastroplastie et qu'il n'atteigne pas le score limite de dépression clinique (40).

Les antécédents de maltraitance ne diminueraient donc pas le pronostic d'une chirurgie bariatrique. Cependant, ils augurent un tableau psychiatrique souvent plus lourd qui nécessite une surveillance particulière de ces patients.

BIBLIOGRAPHIE :

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.DSM-IV-TR. Critères diagnostiques (Washington DC, 2000). Traduction française par JD Guelfi et al. Masson. Paris: 2004.
2. **Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, Mellado C, García A, Pérez de la Cruz A, Fernández-Santaella MC.** Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obes Surg* 20: 161–167, 2010.
3. **Afifi TO, Mota NP, Dasiewicz P, Macmillan HL, Sareen J.** Physical Punishment and Mental Disorders: Results From a Nationally Representative US Sample. *Pediatrics* (July 2, 2012). doi: 10.1542/peds.2011-2947.
4. **Alciati A, D'Ambrosio A, Foschi D, Corsi F, Mellado C, Angst J.** Bipolar spectrum disorders in severely obese patients seeking surgical treatment. *J Affect Disord* 101: 131–138, 2007.
5. **Alciati A, Gesuele F, Rizzi A, Sarzi-Puttini P, Foschi D.** Childhood parental loss and bipolar spectrum in obese bariatric surgery candidates. *Int J Psychiatry Med* 41: 155–171, 2011.
6. **Allison KC, Grilo CM, Masheb RM, Stunkard AJ.** High self-reported rates of neglect and emotional abuse, by persons with binge eating disorder and night eating syndrome. *Behav Res Ther* 45: 2874–2883, 2007.
7. **Allison KC, Wadden TA, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand CE, Gibbons LM, Stack RM, Stunkard AJ, Williams NN.** Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. *Surg Obes Relat Dis* 2: 153–158, 2006.
8. **Araujo DMR, Santos GF da S, Nardi AE.** Binge eating disorder and depression: a systematic review. *World J. Biol. Psychiatry* 11: 199–207, 2010.
9. **Baldo TD, Wallace SD, O'Halloran MS.** Effects of intrafamilial sexual assault on eating behaviors. *Psychol Rep* 79: 531–536, 1996.
10. **Bauchowitz AU, Gonder-Frederick LA, Olbrisch M-E, Azarbad L, Ryee M-Y, Woodson M, Miller A, Schirmer B.** Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: a survey of present practices. *Psychosom Med* 67: 825–832, 2005.
11. **Becker DF, Grilo CM.** Childhood maltreatment in women with binge-eating disorder: associations with psychiatric comorbidity, psychological functioning, and eating pathology. *Eat Weight Disord* 16: e113–120, 2011.
12. **Berg KM, Hurley DJ, McSherry JA, Strange NE.** Les troubles du comportement alimentaire. De Boeck Université. Bruxelles: 2005.
13. **Berkowitz RI, Fabricatore AN.** Obesity, psychiatric status, and psychiatric medications. *Psychiatr. Clin. North Am.* 34: 747–764, 2011.

14. **Bonfà F, Marchetta L, Avanzi M, Baldini E, Raselli R, Uber E, Cabrini S.** Exploratory evaluation of an obese population seeking bariatric surgery in an Italian public service. *Eat Weight Disord* 15: e119–126, 2010.
15. **Briere J, Scott C.** Assessment of trauma symptoms in eating-disordered populations. *Eat Disord* 15: 347–358, 2007.
16. **Buchwald H.** Bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals, and third-party payers. *J. Am. Coll. Surg.* 200: 593–604, 2005.
17. **Buchwald H.** Consensus conference statement bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals, and third-party payers. *Surg Obes Relat Dis* 1: 371–381, 2005.
18. **Budniok C.** Abus sexuels dans l'enfance et boulimie: hypothèses psychopathologiques. *Perspectives psychiatriques* 40: 65–69, 2001.
19. **Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS.** Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *Int J Eat Disord* 32: 72–78, 2002.
20. **Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, Elamin MB, Seime RJ, Shinozaki G, Prokop LJ, Zirakzadeh A.** Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin. Proc.* 85: 618–629, 2010.
21. **Clark MM, Hanna BK, Mai JL, Graszer KM, Krochta JG, McAlpine DE, Reading S, Abu-Lebdeh HS, Jensen MD, Sarr MG.** Sexual abuse survivors and psychiatric hospitalization after bariatric surgery. *Obes Surg* 17: 465–469, 2007.
22. **Corsica JA, Pelchat ML.** Food addiction: true or false? *Curr. Opin. Gastroenterol.* 26: 165–169, 2010.
23. **Crocq L, al.** Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes. Elsevier-Masson. Paris: 2007.
24. **Crocq L.** Stress, trauma et syndrome psychotraumatique. *Soins psychiatrie* : 7–13, 1997.
25. **Dahl JK, Eriksen L, Vedul-Kjelsås E, Strømmen M, Kulseng B, Mårvik R, Holen A.** Prevalence of all relevant eating disorders in patients waiting for bariatric surgery: a comparison between patients with and without eating disorders. *Eat Weight Disord* 15: e247–255, 2010.
26. **Dumon KR, Murayama KM.** Bariatric surgery outcomes. *Surg. Clin. North Am.* 91: 1313–1338, x, 2011.
27. **Dunkley DM, Masheb RM, Grilo CM.** Childhood maltreatment, depressive symptoms, and body dissatisfaction in patients with binge eating disorder: the mediating role of self-criticism. *Int J Eat Disord* 43: 274–281, 2010.
28. **Fabricatore AN, Crerand CE, Wadden TA, Sarwer DB, Krasucki JL.** How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. *Obes Surg* 16: 567–573, 2006.

29. **Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME.** Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Arch. Gen. Psychiatry* 55: 425–432, 1998.
30. **Ferreri F, Agbokou C, Peretti C-S, Ferreri M.** Psychotraumatismes majeurs: état de stress aigu et états de stress post-traumatique. *EMC Psychiatrie* : 1–16, 2011.
31. **Fischer S, Chen E, Katterman S, Roerhig M, Bochierrri-Ricciardi L, Munoz D, Dymek-Valentine M, Alverdy J, le Grange D.** Emotional eating in a morbidly obese bariatric surgery-seeking population. *Obes Surg* 17: 778–784, 2007.
32. **Fried M, Hainer V, Basdevant A, Buchwald H, Deitel M, Finer N, Greve JWM, Horber F, Mathus-Vliegen E, Scopinaro N, Steffen R, Tsigos C, Weiner R, Widhalm K.** Interdisciplinary European guidelines on surgery of severe obesity. *Obes Facts* 1: 52–59, 2008.
33. **Friedman KE, Applegate KL, Grant J.** Who is adherent with preoperative psychological treatment recommendations among weight loss surgery candidates? *Surg Obes Relat Dis* 3: 376–382, 2007.
34. **Fujioka K, Yan E, Wang H-J, Li Z.** Evaluating preoperative weight loss, binge eating disorder, and sexual abuse history on Roux-en-Y gastric bypass outcome. *Surg Obes Relat Dis* 4: 137–143, 2008.
35. **Germain A, Reibel N, Brunaud L.** Totally robotic gastric bypass. *J Visc Surg* 148: e267–272, 2011.
36. **Goldbloom DS, Garfinkel PE.** The serotonin hypothesis of bulimia nervosa: theory and evidence. *Can J Psychiatry* 35: 741–744, 1990.
37. **Grilo CM, Masheb RM, Brody M, Toth C, Burke-Martindale CH, Rothschild BS.** Childhood maltreatment in extremely obese male and female bariatric surgery candidates. *Obes. Res.* 13: 123–130, 2005.
38. **Grilo CM, Masheb RM.** Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Obes. Res.* 9: 320–325, 2001.
39. **Grilo CM, Masheb RM.** Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder. *Acta Psychiatr Scand* 106: 183–188, 2002.
40. **Grilo CM, White MA, Masheb RM, Rothschild BS, Burke-Martindale CH.** Relation of childhood sexual abuse and other forms of maltreatment to 12-month postoperative outcomes in extremely obese gastric bypass patients. *Obes Surg* 16: 454–460, 2006.
41. **Gruss B, Mueller A, Horbach T, Martin A, de Zwaan M.** Attention-deficit/hyperactivity disorder in a prebariatric surgery sample. *Eur Eat Disord Rev* 20: e103–107, 2012.
42. **Gustafson TB, Gibbons LM, Sarwer DB, Crerand CE, Fabricatore AN, Wadden TA, Raper SE, Williams NN.** History of sexual abuse among bariatric surgery candidates. *Surg Obes Relat Dis* 2: 369–374, discussion 375–376, 2006.

43. **Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonnes pratiques.** Obésité: prise en charge chirurgicale chez l'adulte. 2009.
44. **Heinrich C.** Rôle de la psychiatrie dans le traitement chirurgical de l'obésité. 2006.
45. **Hilbert A, Pike KM, Wilfley DE, Fairburn CG, Dohm F-A, Striegel-Moore RH.** Clarifying boundaries of binge eating disorder and psychiatric comorbidity: a latent structure analysis. *Behav Res Ther* 49: 202–211, 2011.
46. **van Hout GCM, Vreeswijk CMJM, van Heck GL.** Bariatric surgery and bariatric psychology: evolution of the Dutch approach. *Obes Surg* 18: 321–325, 2008.
47. **Jones-Corneille LR, Wadden TA, Sarwer DB, Faulconbridge LF, Fabricatore AN, Stack RM, Cottrell FA, Pulcini ME, Webb VL, Williams NN.** Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. *Obes Surg* 22: 389–397, 2012.
48. **Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, Ringham RM, Soulakova JN, Weissfeld LA, Rofey DL.** Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry* 164: 328–334; quiz 374, 2007.
49. **Kent A, Waller G.** Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clin Psychol Rev* 20: 887–903, 2000.
50. **Kinzl JF, Biebl W.** [Are eating disorders addictions?]. *Neuropsychiatr* 24: 200–208, 2010.
51. **Lamas C, Nicolas I, Corcos M.** Addictions comportementales (troubles des conduites alimentaires) et suicide. *Annales médico-psychologiques* : 528–532, 2010.
52. **Lefranc T, Roubaud L, Nezelof S.** Temps, traumatismes et crises boulimiques. *Annales de psychiatrie* 14: 63–67, 1999.
53. **Lomanto D, Lee W-J, Goel R, Lee JJ-M, Shabbir A, So JBY, Huang C-K, Chowbey P, Lakdawala M, Sutedja B, Wong SKH, Kitano S, Chin K-F, Fah CK, Dineros HC, Wong A, Cheng A, Pasupathy S, Lee SK, Pongchairerks P, Giang TB.** Bariatric surgery in Asia in the last 5 years (2005-2009). *Obes Surg* 22: 502–506, 2012.
54. **Mahony D.** Assessing sexual abuse/attack histories with bariatric surgery patients. *J Child Sex Abus* 19: 469–484, 2010.
55. **Marcus MD, Kalarchian MA, Courcoulas AP.** Psychiatric evaluation and follow-up of bariatric surgery patients. *Am J Psychiatry* 166: 285–291, 2009.
56. **Mauri M, Rucci P, Calderone A, Santini F, Oppo A, Romano A, Rinaldi S, Armani A, Polini M, Pinchera A, Cassano GB.** Axis I and II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *J Clin Psychiatry* 69: 295–301, 2008.
57. **Mazzeo SE, Saunders R, Mitchell KS.** Gender and binge eating among bariatric surgery candidates. *Eat Behav* 7: 47–52, 2006.

58. **Mitchell JE, Steffen KJ, de Zwaan M, Ertelt TW, Marino JM, Mueller A.** Congruence between clinical and research-based psychiatric assessment in bariatric surgical candidates. *Surg Obes Relat Dis* 6: 628–634, 2010.
59. **Moreno C, Tandon R.** Should overeating and obesity be classified as an addictive disorder in DSM-5? *Curr. Pharm. Des.* 17: 1128–1131, 2011.
60. **Mühlhans B, Horbach T, de Zwaan M.** Psychiatric disorders in bariatric surgery candidates: a review of the literature and results of a German prebariatric surgery sample. *Gen Hosp Psychiatry* 31: 414–421, 2009.
61. **Müller A, Claes L, Mitchell JE, Fischer J, Horbach T, de Zwaan M.** Binge eating and temperament in morbidly obese prebariatric surgery patients. *Eur Eat Disord Rev* 20: e91–95, 2012.
62. **Paris J, Zweig-Frank H, Guzder H.** The role of psychological risk factors in recovery from borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 34: 410–413, 1993.
63. **Pattou F.** Bariatric surgery in 2010: Towards a metabolic surgery. *J Visc Surg* 147: e1–3, 2010.
64. **Pelchat ML, Johnson A, Chan R, Valdez J, Ragland JD.** Images of desire: food-craving activation during fMRI. *Neuroimage* 23: 1486–1493, 2004.
65. **Powers PS, Perez A, Boyd F, Rosemurgy A.** Eating pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. *Int J Eat Disord* 25: 293–300, 1999.
66. **Ray EC, Nickels MW, Sayeed S, Sax HC.** Predicting success after gastric bypass: the role of psychosocial and behavioral factors. *Surgery* 134: 555–563; discussion 563–564, 2003.
67. **Ricca V, Castellini G, Lo Sauro C, Ravaldi C, Lapi F, Mannucci E, Rotella CM, Faravelli C.** Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite* 53: 418–421, 2009.
68. **Romans SE, Gendall KA, Martin JL, Mullen PE.** Child sexual abuse and later disordered eating: a New Zealand epidemiological study. *Int J Eat Disord* 29: 380–392, 2001.
69. **Rosenberger PH, Henderson KE, Grilo CM.** Psychiatric disorder comorbidity and association with eating disorders in bariatric surgery patients: A cross-sectional study using structured interview-based diagnosis. *J Clin Psychiatry* 67: 1080–1085, 2006.
70. **Sansone RA, Sansone LA.** Childhood trauma, borderline personality, and eating disorders: a developmental cascade. *Eat Disord* 15: 333–346, 2007.
71. **Sansone RA, Schumacher D, Wiederman MW, Routsong-Weichers L.** The prevalence of childhood trauma and parental caretaking quality among gastric surgery candidates. *Eat Disord* 16: 117–127, 2008.

72. **Sarwer DB, Cohn NI, Gibbons LM, Magee L, Crerand CE, Raper SE, Rosato EF, Williams NN, Wadden TA.** Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obes Surg* 14: 1148–1156, 2004.
73. **Sheldrick C.** Adult sequelae of child sexual abuse. *Br J Psychiatry Suppl* : 55–62, 1991.
74. **Smolak L, Murnen SK.** A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *Int J Eat Disord* 31: 136–150, 2002.
75. **Sorensen T, Snow B.** How children tell: the process of disclosure in child sexual abuse. *Child Welfare* 70: 3–15, 1991.
76. **Stone MH.** Treatment of borderline patients: a pragmatic approach. *Psychiatr. Clin. North Am.* 13: 265–285, 1990.
77. **Terr LC.** Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 148: 10–20, 1991.
78. **Tindle HA, Omalu B, Courcoulas A, Marcus M, Hammers J, Kuller LH.** Risk of suicide after long-term follow-up from bariatric surgery. *Am. J. Med.* 123: 1036–1042, 2010.
79. **Treasure J, Claudino AM, Zucker N.** Eating disorders. *Lancet* 375: 583–593, 2010.
80. **Vaiva G, Lebigot F, Ducrocq F, Goudemand M.** Psychotraumatismes: prise en charge et traitements. Masson. Paris: 2005.
81. **Valiensi SM, Cristiano E, Martínez OA, Reisin RC, Alvarez F.** [Sleep related eating disorders as a side effect of zolpidem]. *Medicina (B Aires)* 70: 223–226, 2010.
82. **de Vegvar PG, Fulton, Mallison, Miller.** Mesoscopic transport in tunable Andreev interferometers. *Phys. Rev. Lett.* 73: 1416–1419, 1994.
83. **Wadden TA, Sarwer DB.** Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: a patient-oriented approach. *Obesity (Silver Spring)* 14 Suppl 2: 53S–62S, 2006.
84. **Walfish S, Vance D, Fabricatore AN.** Psychological evaluation of bariatric surgery applicants: procedures and reasons for delay or denial of surgery. *Obes Surg* 17: 1578–1583, 2007.
85. **Wallace DM, Maze T, Shafazand S.** Sodium oxybate-induced sleep driving and sleep-related eating disorder. *J Clin Sleep Med* 7: 310–311, 2011.
86. **Wildes JE, Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP.** Childhood maltreatment and psychiatric morbidity in bariatric surgery candidates. *Obes Surg* 18: 306–313, 2008.
87. **Windover AK, Merrell J, Ashton K, Heinberg LJ.** Prevalence and psychosocial correlates of self-reported past suicide attempts among bariatric surgery candidates. *Surg Obes Relat Dis* 6: 702–706, 2010.

88. **Witkowski P, Vila G, Tondini M-C, Mouren-Siméoni M-C.** Etude des troubles psychotraumatiques chez les enfants victimes d'affaissements miniers en Lorraine. *Annales médico-psychologiques* 8: 517–528, [date unknown].
89. **Witkowski P.** Violences sexuelles à l'égard des adultes et des enfants. 1999.
90. **Witkowski P.** Syndrome de stress post-traumatique chez l'enfant. [date unknown].
91. **Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL.** Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry* 150: 1472–1479, 1993.
92. **Yun C-H, Ji K-H.** Zolpidem-induced sleep-related eating disorder. *J. Neurol. Sci.* 288: 200–201, 2010.
93. **Zerbe KJ.** Whose body is it anyway? Understanding and treating psychosomatic aspects of eating disorders. *Bull Menninger Clin* 57: 161–177, 1993.
94. **Ziegler O, Sirveaux MA, Brunaud L, Reibel N, Quilliot D.** Medical follow up after bariatric surgery: nutritional and drug issues. General recommendations for the prevention and treatment of nutritional deficiencies. *Diabetes Metab.* 35: 544–557, 2009.
95. **de Zwaan M, Enderle J, Wagner S, Mühlhans B, Ditzen B, Gefeller O, Mitchell JE, Müller A.** Anxiety and depression in bariatric surgery patients: a prospective, follow-up study using structured clinical interviews. *J Affect Disord* 133: 61–68, 2011.
96. NIH conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus Development Conference Panel. *Ann. Intern. Med.* 115: 956–961, 1991.
97. Organisation Mondiale de la Sante. CIM-10 Dixième Révision de la Classification Intenationale de Maladies. Critères diagnostiques pour la recherche. Genève : OMS. Masson. Paris: 1994.

VU

NANCY, le **30 août 2012**

Le Président de Thèse

NANCY, le **3 septembre 2012**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation,

Professeur J-P. KAHN

Mme le Professeur K. ANGIOI

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 4076

NANCY, le 07/09/2012

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

ANTECEDENTS PSYCHOTRAUMATIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIE DES PATIENTS OBESES CANDIDATS A LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : Une évaluation psychiatrique des patients candidats à la chirurgie bariatrique est obligatoire. Cette recommandation de l'HAS confirme l'importance d'une prise en charge somatique et psychologique de ces patients qui ont fréquemment des antécédents psychiatriques et psychotraumatiques. A Nancy, cette évaluation est faite depuis 1997 ce qui a permis de constituer une cohorte qui compte à ce jour 767 patients.

Sujets et méthodes : Dans ce travail, l'auteur étudie la psychopathologie des patients candidats à la chirurgie bariatrique au CHU de Nancy, de 1997 à 2011. Dans une première partie, il expose les prévalences des différents troubles psychiatriques et l'influence des antécédents de psychotraumatismes sur la survenue de ces pathologies. Dans une seconde partie, il discute les résultats obtenus et les compare aux données de la littérature sur ce sujet.

Résultats : 79% des hommes et 75% des femmes ont des antécédents psychiatriques personnels, 82% des femmes et 60% des hommes ont des antécédents psychotraumatiques. L'auteur retrouve des associations significatives entre les antécédents de psychotraumatismes dans l'enfance et les troubles psychiatriques à l'âge adulte. Il met également en évidence une association entre les antécédents psychotraumatiques et un trouble alimentaire en particulier : le Binge Eating Disorder (BED).

Discussion et conclusion: Cette étude, grâce à l'importance de sa population, permet de préciser les données existantes sur la psychopathologie des patients candidats à la chirurgie bariatrique et d'étudier chaque sexe indépendamment. Les antécédents psychiatriques et psychotraumatiques sont très présents dans cette population et ces deux entités sont souvent associées. Une évaluation psychiatrique pré-opératoire de ces patients est donc capitale. Elle permet de dépister les contre-indications absolues (troubles graves de la personnalité) et relatives (pathologies psychiatriques non stabilisées) à la chirurgie et de proposer une prise en charge adéquate des troubles en présence.

PSYCHOTRAUMATIC HISTORY AND PSYCHIATRIC DISORDERS AMONG BARIATRIC SURGERY CANDIDATES.

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE - PSYCHIATRIE - ANNEE 2012

MOTS CLEFS : psychopathologie, chirurgie bariatrique, psychotraumatismes, troubles du comportement alimentaire, Binge Eating Disorder, obésité

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
