HAL
open science

Psychotraumatismes et Binge Eating Disorder chez 1484 hommes et femmes obèses candidats à la chirurgie bariatrique

Marion Perrin-Payet

To cite this version:

Marion Perrin-Payet. Psychotraumatismes et Binge Eating Disorder chez 1484 hommes et femmes obèses candidats à la chirurgie bariatrique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01733316

HAL Id: hal-01733316

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733316v1

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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
2015

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Marion PERRIN-PAYET

le 06 Octobre 2015

PSYCHOTRAUMATISMES ET BINGE EATING DISORDER CHEZ 1484 HOMMES ET FEMMES OBÈSES CANDIDATS À LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

Examinateurs de la thèse :

M. J-P KAHN	**Professeur**	**Président**
M. D. QUILLIOT	**Professeur**	**Juge**
M. D. KABUTH	**Professeur**	**Juge**
Me. P. WITKOWSKI	**Docteur**	**Juge**

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - 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-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER – François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - 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 – François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT
Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone GILGENKRANTZ
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE
Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL
Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*
Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

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

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère 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
2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT
4ème sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1ère sous-section : *(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)*
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2ème sous-section : *(Réanimation ; médecine d'urgence)*
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4ème sous-section : *(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*
Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : *(Neurologie)*
Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*
Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : *(Rhumatologie)*
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : *(Cardiologie)*
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND

3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*
Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : *(Néphrologie)*
Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : *(Urologie)*
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX
==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET
2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique)
Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences)*
3ème sous-section : *(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)*
Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
Docteure Nelly AGRINIER
2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)***
Docteur Aurore PERROT

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteure Lina BOLOTINE
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
2ème sous-section : ***(Réanimation ; Médecine d'Urgence)***
Docteur Antoine KIMMOUN *(stagiaire)*
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie)***
Docteur Nicolas GIRERD *(stagiaire)*

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Docteur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

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

55ème Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
1ère sous-section : ***(Oto-Rhino-Laryngologie)***
Docteur Patrice GALLET *(stagiaire)*

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteure Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de Thèse
Monsieur le Professeur J-P. KAHN
Professeur de Psychiatrie de l'Adulte

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse.
Nous avons eu le privilège de travailler dans votre service et de suivre votre enseignement durant nos années d'internat. Nous avons beaucoup apprécié vos qualités pédagogiques et humaines ainsi que la bienveillance dont vous avez fait preuve à notre égard.
Soyez certain de toute l'estime que nous vous accordons et du privilège que nous avons eu à perfectionner nos connaissances à vos côtés.
Veuillez accepter toute notre reconnaissance ainsi que notre plus grand 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.

Soyez assuré de notre vive reconnaissance pour votre contribution à ce travail et vos conseils avisés.

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

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur B. Kabuth

Professeur de Pédopsychiatrie

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.

Nous avons beaucoup apprécié vos enseignements durant notre internat et votre capacité à nous transmettre le goût de la psychiatrie chez les enfants et les adolescents.

Soyez assuré du respect, de l'estime et de la gratitude que nous vous portons.

Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Juge et Directrice de thèse
Madame le Docteur P. WITKOWSKI
Docteur en Psychiatrie d'Adulte

Vous nous avez fait l'honneur de diriger et de juger notre travail. Nous avons pu apprécier pleinement votre culture, votre gentillesse ainsi que votre intérêt à faire partager vos connaissances. Nous vous remercions pour les enseignements que vous nous avez prodigués au cours de notre internat en psychiatrie. Que ce travail soit pour vous, l'expression de notre profond respect et gratitude.

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

LISTES DES ABREVIATIONS **15**

I. INTRODUCTION **16**

II. SUJETS ET METHODE **19**
II.1. Population étudiée 19
II.2. Procédure et critères d'évaluation 20
II.2.1. Parcours pré-opératoire avant une chirurgie bariatrique *20*
II.2.2. Evaluation psychiatrique *21*
II.2.3. Critères d'évaluation *23*
II.3. Analyse statistique 25

III. RESULTATS **27**
III.1. Caractéristiques socio-démographiques 27
III.2. Psychotraumatismes dans la population des sujets candidats à la chirurgie bariatrique 30
III.3. Psychotraumatismes dans la population des sujets candidats à la chirurgie bariatrique et souffrant d'un BED 32

IV. DISCUSSION **37**
IV.1. Psychotraumatismes et obésité 37
IV.1.1. Carences affectives *38*
IV.1.2. Abus sexuels *39*
IV.1.3. Violences directes et violences indirectes *40*
IV.1.4. Chirurgie bariatrique et psychotraumatismes *41*
IV.2. BED et obésité 42
IV.3. Psychotraumatismes et BED 43
IV.3.1. Rappel des résultats de notre étude *43*
IV.3.2. BED et psychotraumatismes dans la littérature *44*
IV.3.3. Hypothèses étiopathogéniques pour expliquer l'association entre le BED et les psychotraumatismes *45*
IV.4. Points forts de l'étude 46
IV.5. Limites de l'étude 47

V. CONCLUSION **48**

BIBLIOGRAPHIE **49**

LISTE DES ABREVIATIONS

BED : Binge Eating Disorder

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CTQ : Childhood Trauma Questionnaire

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

IC : Intervalle de Confiance

OR : Odds-Ratio

PTSD : Post-Traumatic Stress Disorder

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

I. INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la prévalence de l'obésité, définie comme un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 kg/m², a presque doublé à l'échelle mondiale entre 1980 et 2008. En 2014, elle représentait 13% des adultes âgés de plus de 18 ans, 11% des hommes et 15% des femmes, soit un total de plus de 600 millions de personnes (1). Au moins 2,8 millions de personnes meurent chaque année dans le monde en raison d'un excès de poids ou d'une obésité et des comorbidités qui y sont associées (2). Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), l'obésité en France représente actuellement 15% de la population adulte et est en constante augmentation (6,1 % en 1980) (3).

La chirurgie bariatrique est une des modalités de prise en charge de l'obésité de l'adulte parmi les plus efficaces sur le long terme. Il s'agit d'un traitement en plein essor ces dernières années, qui permet de réduire le risque de décès et de comorbidités liés à l'obésité (4). En France, le nombre d'actes annuels a doublé entre 2006 et 2011 (30 000 patients en 2011). C'est une stratégie de prise en charge de seconde intention, qui est mise en place après l'échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant au moins 6 mois. Son efficacité a récemment été illustrée par une méta-analyse où les 161 756 patients inclus ayant subi une chirurgie de leur obésité, ont perdu de 12 à 17 points d'IMC sur un suivi moyen de cinq années (4).

Le Binge Eating Disorder (BED) est un trouble du comportement alimentaire (TCA) observé aussi bien chez les personnes présentant un poids normal, que chez les personnes en surpoids ou obèses. Cependant, il est plus fréquent chez les obèses souhaitant une perte de poids : 30 % des patients obèses qui désirent un traitement selon le DSM IV –TR (5) et entre 4 et 30 % des candidats à la chirurgie bariatrique selon Allison et coll. (6).

Selon le DSM V (2013), le Binge Eating Disorder (accès hyperphagique dans la version française publiée en septembre 2015) est un trouble psychiatrique dont les symptômes sont définis ainsi : le patient mange dans un court laps de temps (moins de 2 heures) beaucoup plus de nourriture que ce que la plupart des gens mangent dans des circonstances similaires. Ces épisodes sont récurrents et sont marqués par un sentiment

de perte de contrôle. La personne atteinte de BED mange trop vite et même si elle n'a pas faim. Elle peut éprouver un sentiment de culpabilité, de honte, ou de dégoût. Elle peut manger seule pour cacher ce comportement. Ce trouble est associé à une détresse intense et survient, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant trois mois. Il n'y a pas de stratégie de contrôle du poids comme dans la boulimie (7).

Les critères définissant le BED ont évolué avec le temps. Tout d'abord non cité et classé par défaut dans une catégorie « trouble atypique de l'alimentation » dans le DSM III (1980), il est ensuite qualifié « d'hyperphagie boulimique » dans le DSM IV (1994) puis rangé dans une catégorie « fourre-tout » nommée « trouble des conduites alimentaires non spécifié » dans le DSM IV-TR (2000). Dans cette version, il y a tout de même une proposition de critères, par exemple, une fréquence de deux crises par semaine pendant six mois. Puis dans le DSM V (2013), le BED occupe une place à part entière et le critère de fréquence se trouve réduit à une crise par semaine pendant trois mois, comme pour la boulimie, car le diagnostic avait tendance à être sous-évalué (8).

Ce TCA est le plus fréquent (0,7 à 4% de la population générale (5)), il est présent de façon beaucoup plus homogène que la boulimie chez les femmes et les hommes. En effet, on compte une proportion de 10 femmes souffrant de boulimie pour 1 homme (7) alors qu'en ce qui concerne le BED, on relève une proportion de 1,5 femmes pour 1 homme (5). On estime l'héritabilité du BED entre 50 et 83% (9) ; elle est le reflet des influences génétiques d'addiction. Au niveau de l'histoire du développement du trouble, il apparaît que des périodes de régimes suivent les périodes de crises de « binge » (ou « accès hyperphagiques » en français) chez beaucoup de personnes souffrant de BED, contrairement aux personnes souffrant de boulimie, chez lesquelles les périodes de restrictions précèdent le début de l'apparition des crises boulimiques. Le BED apparaît lors de l'adolescence ou chez le jeune adulte mais peut débuter plus tard. Les taux de rémission, que ce soit selon l'évolution naturelle du trouble ou après un traitement, sont plus élevés que dans les autres TCA.

Selon le DSM V (7), aux Etats-Unis, sur une période de un an, le BED touche 1,6% de la population féminine adulte et 0,8% de la population masculine adulte. Une étude réalisée en 2001 aux Pays-Bas fait état d'une prévalence du BED de 2,3% dans une population adolescente de 11 ans d'âge moyen (10). Une autre étude réalisée dans le Nord du Portugal évalue le pourcentage d'étudiants présentant un BED à 1,96% (11).

Les personnes obèses souffrant de BED consomment plus de calories, ont une moins bonne qualité de vie, plus d'anxiété, plus de comorbidités psychiatriques, plus de troubles fonctionnels et une consommation médicale plus importante, par rapport à des patients ayant un IMC équivalent mais ne présentant pas de BED (7).
Les facteurs de risque de ce TCA sont l'appartenance au sexe féminin, la dépression des parents, des expériences traumatiques dans l'enfance, la vulnérabilité à l'obésité et l'exposition répétée à des commentaires négatifs sur le poids et l'alimentation (12).

De nombreuses études sur la psychopathologie des candidats à une chirurgie bariatrique ont été menées. Ceux-ci présentent plus d'antécédents de psychotraumatismes (13) que dans la population générale en dépit de leur sous-déclaration induite par les sentiments de stigmatisation, de honte ou de culpabilité (14). Nous appelons psychotraumatismes ce que d'autres peuvent aussi appeler maltraitances, c'est à dire tout ce qui concerne les violences directement infligées à une personne, en particulier à un enfant, qu'elle soit physique ou psychologique, mais aussi les violences indirectes, c'est à dire infligées à des personnes de l'entourage proche de l'enfant, ou encore les abus sexuels et les carences affectives. Aussi, il est démontré une prévalence plus élevée de psychotraumatismes dans l'enfance chez les patients obèses par rapport aux sujets ayant un poids normal, et ce, en particulier chez les personnes souffrant d'obésité grave (>35 kg/m^2). Les traumatismes psychologiques sont en effet deux à trois fois plus fréquents chez ces patients que dans la population générale (15), (16). Les antécédents de psychotraumatismes sont ainsi clairement des facteurs de risque d'obésité (17,18).

Le but de notre étude était d'analyser la relation entre le BED et les antécédents de psychotraumatisme, indépendamment chez les hommes et les femmes, dans une cohorte de 1484 patients obèses candidats à une chirurgie bariatrique.

II. SUJETS ET METHODE

II.1. Population étudiée

La population de l'étude correspondait à l'ensemble des patients qui ont souhaité bénéficier d'une chirurgie bariatrique au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nancy, et qui ont été inclus dans un protocole d'étude de février 1998 à décembre 2013.

Les critères d'inclusion étaient ceux de l'indication d'une chirurgie bariatrique, suivant les recommandations françaises (19) et internationales :

- Age entre 18 et 60 ans.
- IMC > 40 kg/m^2 ou > 35 kg/m^2 en présence d'au moins une comorbidité pouvant être améliorée par la chirurgie (désordre métabolique comme le diabète de type II, pathologie cardiovasculaire comme l'HTA, pathologie respiratoire comme le syndrome d'apnée du sommeil ou pathologie articulaire sévère).
- Echec d'un traitement médical, nutritionnel et psychothérapique bien conduit pendant 6 à 12 mois, ayant eu comme résultats soit une absence de perte de poids suffisante soit une absence de maintien de la perte de poids.
- Patient ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge pré-opératoire pluridisciplinaire.
- Risque chirurgical acceptable.
- Patient informé des bénéfices et des risques de l'intervention chirurgicale.
- Patient ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médico-chirurgical au long cours.

II.2. Procédure et critères d'évaluation

II.2.1. Parcours pré-opératoire avant une chirurgie bariatrique

Au CHU de Nancy, le parcours pré-opératoire du patient avant une chirurgie bariatrique comporte plusieurs étapes.

Les patients reçoivent tout d'abord une *information* détaillée sur le traitement chirurgical et ses conséquences, complétée par des consultations auprès de différents spécialistes (médecins nutritionnistes, psychologues et diététiciennes) qui entreprennent une *éducation nutritionnelle*.

Tous les patients doivent effectuer un *bilan somatique complet* avec étude des facteurs de comorbidités dans le service de nutrition du CHU. Une *enquête alimentaire* est réalisée à l'aide de questionnaires.

Des *tables rondes* sont organisées entre patients candidats et patients opérés, tout au long de leur prise en charge.

Les patients bénéficient également de *groupes de préparation* animés par des diététiciennes et des psychologues qui portent sur les thèmes suivants : image corporelle, croyances alimentaires, alimentation émotionnelle, attentes et craintes générées par la chirurgie.

L'*évaluation psychiatrique* achève ce parcours (entre 12 et 18 mois après le début du processus d'évaluation) dont elle fait partie intégrante.

La décision chirurgicale est prise en *réunion de concertation pluridisciplinaire*. Il s'agit de mettre en balance pour chaque patient les risques opératoires et les risques liés à l'obésité.

II.2.2. Evaluation psychiatrique

L'évaluation psychiatrique avant une chirurgie bariatrique est obligatoire (19).
Les objectifs de cette évaluation sont :

- d'évaluer la motivation du patient, sa capacité à mettre en œuvre les changements comportementaux nécessaires et à participer à un programme de suivi post-opératoire à long terme.
- d'identifier les contre-indications psychiatriques à la chirurgie.
- de proposer des prises en charge adaptées avant la chirurgie.

Cette évaluation, dans notre étude, a été réalisée par un psychiatre qui s'est appuyé sur les recommandations de la HAS (19). Ces recommandations sont une synthèse des données de la littérature européenne et américaine (notamment de l'American Society for Bariatric Surgery). Il s'agit :

- d'évaluer le comportement alimentaire, 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 et le comportement alimentaires, l'activité physique, l'existence d'une addiction (nicotine, alcool, drogue et médicaments) et la compliance à un précédent traitement médical.
- d'évaluer les connaissances du patient concernant l'acte chirurgical (nature de l'intervention, risques et bénéfices, changements nécessaires dans les habitudes de vie et alimentaires).
- d'évaluer la motivation et les attentes du patient.
- d'évaluer les facteurs de stress psychosocial et le soutien social (entretien avec le patient et l'entourage : relations avec le conjoint, la famille et les amis, avis de l'entourage concernant la chirurgie).
- de rechercher des antécédents psychiatriques éventuels. Les antécédents de dépression et d'anxiété ne contre-indiquent pas forcément la chirurgie sauf en cas d'idées suicidaires actuelles. En revanche, les antécédents de psychose sont un facteur d'exclusion de la chirurgie. Enfin les troubles de la personnalité susceptibles d'entraîner des problèmes de compliance sont également recherchés.

- de revenir sur l'histoire du développement : abus ou traumatisme dans l'enfance, disponibilité, affection et stabilité des parents, degré et qualité des liens sociaux en dehors de la maison, persécutions ou mots blessants dans l'enfance liés à l'obésité.
- d'évaluer diverses situations de la vie courante : stabilité de la vie (domestique, professionnelle, familiale, amicale), niveau de stress, présence et qualité du soutien social.

Les patients sont informés que les conclusions de cette évaluation peuvent influencer la décision multidisciplinaire.

L'évaluation psychiatrique est réalisée lors d'une consultation en ambulatoire dans le service de Psychiatrie et Psychologie Clinique du CHU de Nancy par un psychiatre formé à la détection et à la prise en charge des troubles du comportement alimentaire.

Il s'agit d'un entretien semi-structuré. Le médecin guide suffisamment le patient pour obtenir les informations concernant tous les troubles recherchés tout en laissant au patient la possibilité d'aborder d'autres sujets.

Un génogramme tri-générationnel est également réalisé de manière systématique pour faciliter la recherche de traumatismes et d'antécédents psychiatriques familiaux, ainsi que pour évaluer la qualité de l'environnement relationnel du patient.

L'évaluation psychiatrique peut conduire à 4 types de décisions :

- une **décision positive d'emblée**, en particulier si le patient fait les liens « prise de poids-évènements de vie », ou encore « alimentation-émotion » et qu'il s'est déjà inscrit, s'il y a lieu, dans une prise en charge psychothérapeutique au cours du parcours.
- une **décision positive sous réserve** que le patient, qui a fait preuve de compliance jusque là, débute un suivi psychothérapique avec le thérapeute de son choix.
- une **décision reportée** avec mise en place du traitement d'un trouble psychopathologique (axe 1) ou d'un suivi psychothérapeutique dont l'investissement et les effets seront réévalués 6 à 12 mois plus tard,
- une **décision a priori négative** qui sera néanmoins discutée en réunion pluridisciplinaire.

II.2.3. Critères d'évaluation

Nous avons recueilli, pour chaque patient, les données socio-démographiques (sexe, âge, taille, poids, enfants, statut marital et professionnel), le début et l'évolution de la prise de poids, les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, les antécédents d'addictions, les troubles du comportement alimentaire et les traumatismes psychologiques.

Concernant les troubles du comportement alimentaire, nous nous sommes particulièrement intéressés au **Binge Eating Disorder**, sur la vie entière des patients. Pour le recensement des patients considérés comme ayant un BED, nous avons utilisé les critères diagnostiques du DSM-IV-TR :

1) Survenue récurrente de crises de boulimie (« binge eating ») avec absorption, en une période de temps limitée (par exemple moins de deux heures) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances, avec un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.
2) Les crises de boulimie sont associées à trois (ou plus) des caractéristiques suivantes :
    - Manger beaucoup plus rapidement que la normale.
    - Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale.
    - Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence de sensation physique de faim.
    - Manger seul car l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe.
    - Se sentir dégoûté de soi même, déprimé, ou très coupable après avoir trop mangé.
3) Le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée.
4) Le comportement boulimique survient au moins deux jours par semaine pendant six mois.
5) Le comportement boulimique n'est pas associé au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés (par exemple vomissements, prise de purgatifs, jeûne, exercice physique excessif) et ne survient pas exclusivement lors d'une anorexie mentale ou d'une boulimie.

Nous n'avons pas utilisé d'échelles d'évaluations du BED, comme la « Binge Eating Scale », le « Questionnaire on Eating and Weight Patterns » ou le « Eating Disorder Examination-Questionnaire » dont l'intérêt s'est révélé relatif dans plusieurs études (20, 21), notamment car elles évaluent la présence de BED hic et nunc et non sur la vie entière du patient. Par ailleurs, en accord avec les données de la littérature qui ne retrouvent pas de différence significative entre BED et BED subsyndromique (22), nous avons assimilé dans notre groupe de patients ayant un BED les patients présentant un BED subsyndromique. Ces patients n'ont pas tous les critères requis pour le diagnostic de BED : ils peuvent avoir une fréquence de crises de « binge eating » moins importante (moins de deux jours par semaine pendant six mois), n'avoir que deux au lieu des trois critères associés requis pour le diagnostic de BED ou ne pas avoir de signes de souffrance marquée (23). Les patients candidats à la chirurgie bariatrique ne remplissant pas les critères de BED ou de BED subsyndromique ont été assimilés au groupe non BED, quel que soit leur comportement alimentaire.

Nous nous sommes également intéressés dans cette étude aux **psychotraumatismes** rapportés par les patients au cours des entretiens psychiatriques pré-chirurgicaux. Nous avons choisi d'évaluer quatre types de traumatismes psychologiques :

1) <u>la violence directe</u> (correspondant dans le Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) aux catégories « physical abuse », «physical neglect» et «emotional abuse ») : l'enfant est la cible directe de la violence, qu'elle soit physique (coups portés à l'enfant ou négligence avec manque de soins physiques) ou psychologique (comportement agressif sur l'enfant, insultes, menaces, discrédit ou dévalorisation de l'enfant par l'adulte).

2) <u>la violence indirecte</u> (« emotional abuse» dans le CTQ) : l'enfant n'est pas la cible directe de la violence, mais est une victime collatérale de la violence domestique, en étant témoin de scènes de violence verbale ou physique entre les membres de sa famille.

3) <u>les abus sexuels</u> (« sexual abuse » dans le CTQ) : comprenant toutes les formes d'agression sexuelle.

4) la carence affective (« emotional neglect » dans le CTQ) :

- Séparation des parents : séparation des parents et/ou séparation du sujet de son père ou de sa mère.
- Séparation familiale autre : séparation d'une personne de la famille autre que le père ou la mère, dont le sujet était particulièrement attaché émotionnellement.
- Histoire abandonnique : répétition de séparations dans la vie du sujet.
- Parentisation : processus qui amène un enfant ou un adolescent à prendre des responsabilités plus importantes que ne le voudraient son âge et sa maturation afin d'assurer le bien-être de ses parents et de ses frères et sœurs et/ou de pallier leurs insuffisances.
- Deuil dans l'enfance : décès d'une personne proche de l'enfant dans son entourage familial ou amical.
- Carence affective autre : critère retenu lorsqu'il existait une carence affective ne rentrant pas dans le cadre des catégories décrites ci-dessus.

II.3. Analyse statistique

Nous avons tout d'abord analysé les caractéristiques socio-démographiques de la population générale de l'étude.
Nous avons ensuite étudié les prévalences des différents types de psychotraumatismes dans la population masculine et féminine de la population générale de l'étude.
Nous avons enfin focalisé notre étude sur la population de patients présentant un BED, au sein de laquelle nous avons étudié les prévalences des différents psychotraumatismes, de façon indépendante chez les hommes et chez les femmes.
Nous avons également réalisé une analyse de régression logistique pour expliquer le BED dans les populations masculine et féminine, en incluant dans le modèle les variables qui étaient significativement associées au BED dans l'analyse univariée.

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart-type et ont été comparées avec un test t de Student.

Les prévalences ont été exprimées en pourcentage de la population et ont été comparées avec un test du Chi^2.

Le seuil de significativité était $p < 0,05$.

III. RESULTATS

Nous allons tout d'abord exposer les caractéristiques socio-démographiques de la population de l'étude.

Nous détaillerons ensuite les psychotraumatismes dans la population générale puis dans la population de patients présentant un BED.

III.1. Caractéristiques socio-démographiques

1484 patients ont été inclus dans l'étude, dont 1158 femmes (78%) et 326 (22%) hommes.
Le *tableau 1* résume les données socio-démographiques recensées au cours des entretiens psychiatriques réalisés avant la chirurgie.
L'âge moyen était de 41,7 ± 11,2 ans ; celui des hommes était de 43,6 ± 11,2 ans et celui des femmes 41,1 ± 11,1 ans. L'IMC moyen était de 46,3 ± 7,4 kg/m^2.
La plupart des participants vivait en couple (68,7%), exerçait une activité professionnelle (58,7%) et avait au moins un enfant (75,8%).

On constate une différence significative entre les femmes et les hommes concernant l'ensemble des données socio-démographiques rapportées dans le *tableau 1*.
En effet, les hommes étaient plus âgés (43,6 ans ± 11,2 vs 41,1 ± 11,1 ans ; p= 0,0003) et avaient un IMC plus élevé que les femmes (47,7 ± 8,3 kg/m^2 vs 45,9 ± 7 kg/m^2 ; p= 0,0004).
Ils travaillaient aussi plus fréquemment que les femmes (62% vs 57,8% ; p= 0,0001) et avaient moins d'enfants (67,5% vs 78,1% ; p= 0,0008).
En revanche, les femmes étaient plus fréquemment en couple (70,8% vs 61,2% ; p= 0,0001).

<u>Tableau 1</u> : Données socio-démographiques des sujets obèses candidats à la chirurgie bariatrique

	TOTAL (n=1484)	HOMMES (n=326)	FEMMES (n=1158)	p (Chi²)
Age	41,7 ± 11,2	43,6 ± 11,2	41,1 ± 11,1	0,0003
Taille (m)	1,66 ± 0,09	1,76 ± 0,07	1,63 ± 0,06	<0,0001
Poids (kg)	127,5 ± 24,3	147,9 ± 27,2	121,5 ± 19,3	<0,0001
IMC (kg/m²)	46,3 ± 7,4	47,7 ± 8,3	45,9 ± 7	0,0004
Situation maritale				0,0001
célibataire	18,1%	26,6%	15,8%	
en couple	68,7%	61,2%	70,8%	
séparé	10,1%	10,3%	10,0%	
veuf	3,0%	1,9%	3,3%	
Situation professionnelle				0,0001
en activité	58,7%	62%	57,8%	
arrêt/inval/congé parental	13,2%	15,8%	12,4%	
chômage/SE	21,8%	13,0%	24,3%	
retraite	6,2%	9,2%	5,4%	
Nombre d'enfants				0,0008
0	24,2%	32,5%	21,9%	
1	17,7%	15,6%	18,3%	
2	26,5%	26,6%	26,5%	
3	20,9%	18,1%	21,7%	
≥ 4	10,7%	7,2%	11,7%	

Sur les 1484 patients inclus, 518 répondaient aux critères diagnostiques du BED du DSM-IV-TR, soit 34,9% de la population générale de l'étude. Les patients présentant un BED étaient significativement plus jeunes que les patients indemnes de BED (40,5 ± 11,2 ans vs 42,3 ans ± 11,1 ; p=0,0039). L'IMC était en revanche comparable dans les populations BED et non BED.

<u>Tableau 2</u> : Age et IMC chez les patients souffrant de BED et chez ceux ne souffrant pas de BED

	BED (n=518)	**Non BED (n=966)**	**p (Chi²)**
Age	40,5 ± 11,2	42,3 ± 11,1	0,0039
Taille (m)	1,65±0,08	1,66±0,09	NS
Poids (kg)	128±24,1	127±24	NS
IMC (kg/m²)	46,6±7,5	46,1 ±17,3	NS

La proportion de BED était significativement plus importante chez les femmes que chez les hommes (37% des femmes vs 27,3% des hommes, p= 0,0011). Les femmes considérées comme ayant un BED (« femmes BED ») n'avaient pas un IMC supérieur aux femmes indemnes de BED (« femmes non BED »), à l'inverse des hommes souffrant de BED (« hommes BED ») qui avaient un IMC supérieur aux hommes sans antécédent de BED (« hommes non BED ») (49,3± 9 kg /m² vs 47 ±7,9 kg/m² ; p= 0,041).
Les femmes BED étaient par ailleurs plus jeunes que les femmes non BED (40,3± 11,1 ans vs 41,9± 11,2 an ; p=0,027).

<u>Tableau 3</u> : Age et IMC selon le sexe et la présence ou non d'un BED

	HOMMES (n=326)				FEMMES (n = 1158)			
	BED (n=89) 27,3%	*NON BED* (n=237) 72,7%			*BED* (n=429) 37,0%	*NON BED* (n=729) 63,0%	p = 0,0011	
			ANOVA				ANOVA	
			F	p			F	p
Age	42,2±12	44,2±11,1	1,698	NS	40,3±11,1	41,9±11,2	4,879	0,027
IMC (kg/m²)	49,3±9	47±7,9	4,233	0,041	46,1±7,1	45,8±7	0,433	NS

III.2. Psychotraumatismes dans la population des sujets candidats à la chirurgie bariatrique

Nous nous sommes intéressés dans un premier temps à l'ensemble de la population des sujets candidats à la chirurgie bariatrique. Nous avons cherché à comparer les prévalences des psychotraumatismes entre les hommes et les femmes dans cette population globale.

Près de 80% des candidats à une chirurgie bariatrique avaient subi dans leur vie un psychotraumatisme.
La carence affective était le psychotraumatisme le plus fréquent : elle était retrouvée chez 74,7% des sujets. Les violences directes représentaient le second psychotraumatisme le plus fréquent, mis en évidence chez 23.3 % des sujets de l'étude. Les violences indirectes et les abus sexuels étaient retrouvés chez respectivement 17.7% et 9,5% de l'ensemble de la population étudiée.

Des différences significatives ont été mises en évidence entre les prévalences de psychotraumatismes chez les hommes et chez les femmes candidats à la chirurgie bariatrique. La proportion de psychotraumatismes de façon générale était plus importante chez les femmes que chez les hommes (81,7% vs 64,3%, p<0,0001).

Les femmes avaient subi plus fréquemment de violences directes (24,74% vs 13,84%, p<0,0001), d'abus sexuels (11,83% vs 2,83%, p<0,0001) et de carences affectives (77,85% vs 63,52%, p<0,0001) que les hommes.
En revanche, aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée pour les violences indirectes entre les hommes et les femmes.

<u>Tableau 4</u> : Psychotraumatismes dans la population de patients obèses en attente d'une chirurgie bariatrique, chez les hommes et chez les femmes.

	Population totale (n = 1484)	**Hommes (n = 326)**	**Femmes (n = 1158)**	**p (Chi²)**
Violences directes	23,3%	14,5%	24,8%	<0,0001
Survenues dans l'enfance ou l'adolescence	16,5%	14,1%	17,2%	
Survenues à l'âge adulte	4,2%	0%	5,3%	
Survenues dans l'enfance et à l'âge adulte	2,6%	0,3%	3,3%	
Violences indirectes	17,7%	16,7%	18,0%	NS
Abus sexuels	9,5%	2,8%	11,3%	<0,0001
Carence affective	74,7%	63,5%	77,8%	<0,0001
Histoire abandonnique	30,2%	20,8%	32,8%	<0,0001
Parentisation	15,9%	9,1%	17,8%	<0,0001
Séparation des parents	16,7%	15,8%	17,0%	NS
Séparation familiale autre	18,4%	13,9%	19,6%	0,0193
Deuil dans l'enfance	12,7%	14,2%	12,3%	NS
Carence affective autre	17,2%	16,0%	17,5%	NS
Psychotraumatisme	**77,9%**	**64,3%**	**81,7%**	**<0,0001**

III.3. Psychotraumatismes dans la population des sujets candidats à la chirurgie bariatrique et souffrant d'un BED

Nous nous sommes intéressés dans un deuxième temps aux psychotraumatismes chez les candidats à la chirurgie bariatrique ayant des antécédents de BED et nous avons comparé dans ce groupe de sujets les prévalences des psychotraumatismes chez les hommes et chez les femmes.

Parmi les 518 sujets ayant un BED, 80,9% des hommes et 88,3% des femmes avaient subi dans leur histoire un traumatisme psychologique. Nous avons constaté une proportion significativement plus importante de psychotraumatismes chez les patients BED que chez les patient non BED, aussi bien chez les hommes (80,9% vs 57,8% ; p=0,001) que chez les femmes (88,3% vs 77,8% ; p<0,001).

La carence affective correspondait au traumatisme psychologique le plus fréquent chez les patients BED. Il était présent chez 71,9% des hommes et 78,1% des femmes. Les violences indirectes étaient retrouvées chez 23.6% des hommes et 23.3% des femmes. Les violences directes, remontant le plus souvent à l'enfance ou à l'adolescence, étaient présentes chez 20.2% des hommes et 33.1% des femmes. Enfin, les abus sexuels touchaient 16,8% des femmes et 4,5% des hommes.

La prévalence de l'ensemble de ces différents types de psychotraumatismes était significativement plus importante chez les femmes BED que chez les femmes non BED.

C'était également le cas chez les hommes BED par rapport aux hommes non BED, à l'exception des abus sexuels (*tableau 5* et *figure 1*).

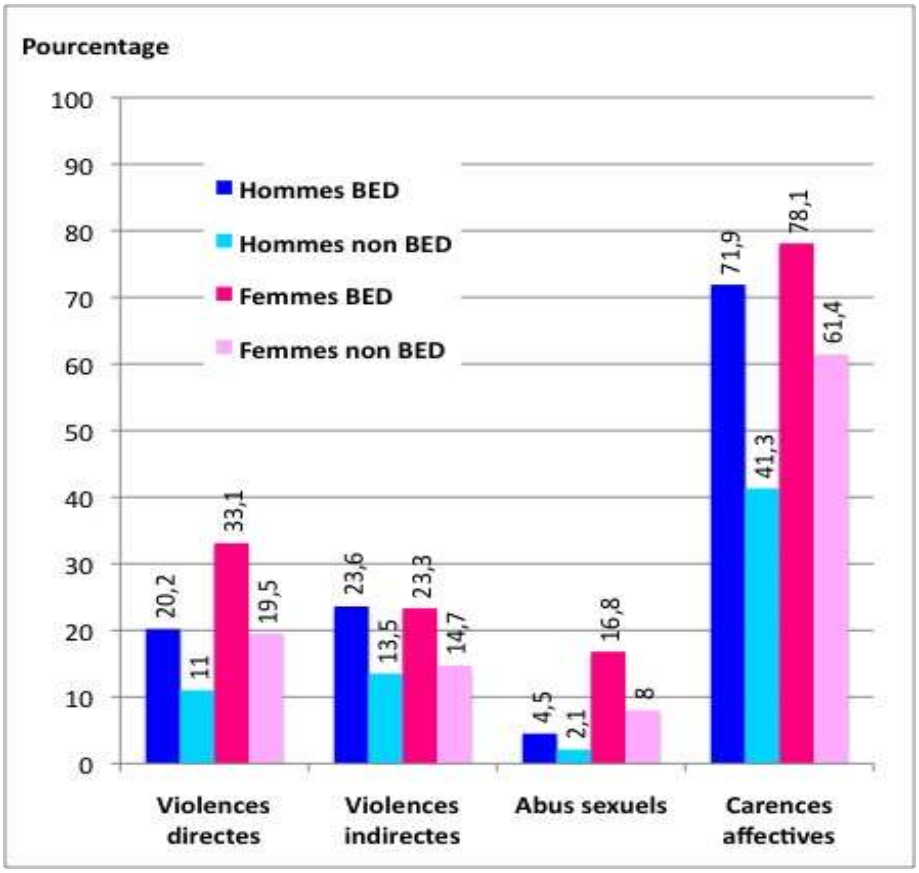
Le détail des différentes catégories de carences affectives dans les populations BED et non BED chez les hommes et chez les femmes est précisé dans le *tableau 6*. On constate une proportion significativement plus importante de séparations des parents, de séparations familiales autres, d'histoires abandonniques et de deuils dans l'enfance chez les femmes BED que chez les femmes non BED.

<u>Tableau 5</u> : Prévalences des psychotraumatismes chez les patients BED et non BED en fonction du sexe.

	HOMMES (n=326)			FEMMES (n=1158)		
	BED (n=89)	NON BED (n=237)	p (Chi²)	BED (n=429)	NON BED (n= 729)	p(Chi²)
Violences directes	20,2%	11,0%	0,0345	33,1%	19,5%	<0,0001
Enfance-adolescence	*20,2%*	*10,1%*		*24,7%*	*12,5%*	
Adulte	*0%*	*0%*		*5,6%*	*5,1%*	
Les deux	*0%*	*0,4%*		*4,7%*	*2,5%*	
Violences indirectes	23,6%	13,5%	0,0346	23,3%	14,7%	0,0003
Abus sexuels	4,5%	2,1%	NS	16,8%	8%	<0,0001
Carence affective	71,9%	41,3%	<0,0001	78,1%	61,4%	<0,0001
Psychotraumatisme	80,9%	57,8%	0,0001	88,3%	77,8%	<0,0001

<u>Tableau 6</u>: Prévalences des différentes carences affectives chez les patients BED et non BED en fonction du sexe.

	HOMMES (n=326)			FEMMES (n=1158)		
	BED (n=89)	NON BED (n=237)	p (chi²)	BED (n=429)	NON BED (n= 729)	p(chi²)
Histoire abandonnique	21,3%	19,8%	NS	37,8%	29,4%	0,0053
Séparation des parents	20,2%	13,5%	NS	20,3%	14,8%	0,0213
Séparation familiale autre	12,4%	13,9%	NS	22,8%	17,4%	0,0318
Parentisation	10,1%	8,4%	NS	18,2%	17,3%	NS
Deuil dans l'enfance	18,0%	12,2%	NS	8,4%	14,4%	0,002
Carence affective autre	1,1%	2,6%	NS	0,7%	1,3%	NS



<u>Figure 1</u> : Prévalences des psychotraumatismes chez les patients BED et non BED en fonction du sexe.

Comme le montre le *tableau 7*, la proportion de sujets avec 2, 3 ou 4 psychotraumatismes cumulés était environ deux fois plus importante dans la population BED que la population non BED.

<u>Tableau 7</u> : Prévalences de psychotraumatismes cumulés chez les patients BED et non BED

	BED (n=518)	**NON BED(n=966)**
Pas de psychotraumatisme	19.3%	36.9%
1 psychotraumatisme	36,9%	39,8%
2 psychotraumatismes	25%	14.5%
3 psychotraumatismes	15.7%	7.5%
4 psychotraumatismes	3.1%	1.4%

Nous avons enfin réalisé une analyse multivariée en utilisant un modèle de régression logistique afin de quantifier la force d'association entre le BED et les psychotraumatismes dans les populations masculine et féminine, en tenant compte de l'effet de l'ensemble des variables intégrées dans le modèle (« mesures ajustées). La variable dépendante était l'existence ou non d'un BED et les variables indépendantes intégrées dans le modèle étaient l'âge et les 4 types de psychotraumatismes (violence directe, violence indirecte, abus sexuel et carence affective).

Les résultats de l'analyse multivariée sont résumés dans le tableau 8.

Chez les femmes, cette analyse montrait une association significative entre le BED et les variables suivantes :

- Violence directe : OR=1,56 ; IC95%(1,14-2,12) ; p=0.0047,
- Carence affective : OR=1,83 ; IC95% (1,37-2,44) ; p<0,0001,
- Abus sexuel : OR=1,80 ; IC95% (1,22-2,65) ; p=0.0029.

La carence affective correspondait donc au psychotraumatisme dont l'association avec le BED était la plus forte chez les femmes.

Chez les hommes, l'analyse multivariée ne montrait d'association significative qu'entre le BED et la carence affective (OR=3,49 ; IC95% (1,94- 6,29) ; p<0,0001).

<u>Tableau 8</u> : Analyse multivariée par sexe en utilisant le modèle de régression logistique (variable dépendante : BED ; variables indépendantes : violence directe, violence indirecte, carence affective, abus sexuel et âge)

	Analyse univariée						Analyse multivariée					
	Hommes			Femmes			Hommes			Femmes		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Violence directe	2,02	1,04-3,9	0,0370	2,00	1,53-2,63	< 0,0001	*1,03*	*0,49-2,18*	*NS*	1,56	1,14-2,12	0,0047
Violence indirecte	1,93	1,04-3,57	0,0366	1,74	1,28-2,35	0,0004	*1,38*	*0,68-2,80*	*NS*	*1,27*	*0,91-1,77*	*NS*
Carence affective	3,16	1,75-5,69	< 0,0001	2,22	1,31-3,05	< 0,0001	3.49	1,94-6,29	< 0.0001	1.83	1.37-2.44	< 0.0001
Abus sexuel	*2,14*	*0,56-8,17*	*NS*	2,29	1,59-3,32	< 0,0001	*1,28*	*0,32-5,04*	*NS*	1,80	1,22-2,65	0,0029
Age	0,99	0,97	NS	0,99	0,98	0.0124	*0,98*	*0,96-1,00*	*NS*	0,98	0,97-0,99	0,0013

IV. DISCUSSION

Nous allons tout d'abord discuter des résultats dans la population globale de l'étude. Puis, nous nous intéresserons aux résultats constatés dans la population de patients aux antécédents de BED.
Enfin, nous aborderons les points forts de cette étude et ses limites.

IV.1. Psychotraumatismes et obésité

Dans notre étude, nous constatons une prévalence très importante d'antécédents de psychotraumatismes (78%) chez les patients obèses candidats à la chirurgie bariatrique. Les psychotraumatismes de façon générale dans la population de notre étude sont plus fréquents chez les femmes (81%) que chez les hommes (64%). Trois des quatre types de psychotraumatismes étudiés sont significativement plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (violences directes, carences affectives et abus sexuels).

Une méta-analyse d'études prospectives et rétrospectives, menées chez des patients obèses, comprenant des données provenant de sept pays, avec plus de 112 000 participants, montre sans équivoque que la présence de psychotraumatismes dans l'enfance augmente le risque d'obésité à l'âge adulte (17). Le risque de présenter une obésité sévère (IMC > 40 kg/m^2) augmente de 34% pour ceux qui ont déclaré avoir craint de subir une violence physique, de 71% pour ceux qui ont subi des violences physiques, de 42% pour ceux qui ont subi des violences sexuelles et de 88% pour ceux qui ont subi des violences verbales. Une étude anglaise récente fait aussi un lien entre la maltraitance (ce terme étant assimilable aux psychotraumatismes de notre étude) dans l'enfance et la prise de poids entre l'enfance et l'âge adulte, avec un gain pondéral plus important chez les enfants maltraités (24). Une étude de Sansone et coll. (25) menée sur une population de 121 candidats à une chirurgie bariatrique, fait état de 43% de violences psychologiques, de 39% de violences indirectes, de 19% d'abus sexuels, de 17% de violences physiques et de 9% de négligences physiques dans la population étudiée.

L'étude de Fuller et coll. (26) observe un risque d'obésité augmenté de 35% chez les femmes ayant subi des maltraitances physiques mais ne relève pas d'impact direct de la maltraitance physique sur l'IMC chez les hommes.

Tous ces psychotraumatismes sont associés à des besoins affectifs insatisfaits, à des sentiments de honte, de culpabilité ou de faible estime de soi. Ces conditions affectives peuvent conduire à des comportements hyperphagiques pour supprimer les émotions négatives. Ces sujets présentent également une diminution de la fonction exécutive et de la flexibilité cognitive, un rythme de sommeil perturbé et des choix de vie malsains en termes de régime alimentaire et d'exercice physique susceptibles d'être à l'origine d'une obésité (14,27,28,29).

IV.1.1. Carences affectives

Dans notre étude, la carence affective correspond au psychotraumatisme le plus fréquent, aussi bien chez les hommes (64%) que chez les femmes (78%).
Les histoires abandonniques représentent le type de carence affective le plus fréquemment observé (30% de la population étudiées tous sexes confondus), aussi bien chez les hommes (21%) que chez les femmes (33%). Les autre types de carences affectives (deuil dans l'enfance, parentisation, séparation des parents, séparation familiale autre, carence affective autre) sont retrouvées dans des proportions relativement similaires (de l'ordre de 15 à 20%).
L'étude de Shneiderman et coll. (30) compare les courbes d'IMC chez des adolescentes ayant subi des violences sexuelles ou des carences affectives lors de leur enfance, à celles d'adolescentes n'ayant subi aucun psychotraumatisme. Elle constate que les adolescentes ayant subi des abus sexuels ou des carences affectives ont un IMC qui continue à augmenter passé l'âge de 15 ans, contrairement au groupe contrôle sans antécédents de psychotraumatisme. Yannakoulia et coll. (31) ont étudié la relation entre l'IMC et la séparation des parents dans une population d'adolescents et en ont conclu que les enfants de parents divorcés sont significativement plus en surpoids que les autres. Concernant le deuil, une étude prospective réalisée chez des enfants et des jeunes adultes âgés de 11 à 25 ans ayant perdu brutalement un de leur parents, a

comparé les IMC 5 ans après les décès entre ce groupe et un groupe contrôle et a constaté que les sujets endeuillés étaient plus fréquemment obèses que les autres (32).

IV.1.2. Abus sexuels

Dans notre étude, nous constatons que les abus sexuels concernent 9,5% de la population globale tous sexes confondus (11,3% des femmes et 2,8% des hommes).

On trouve dans la littérature une association forte entre les antécédents d'abus sexuels et l'obésité (33). Les sujets ayant des antécédents d'abus sexuel dans l'enfance ont un risque accru de 40 à 60 % de présenter une obésité avec un IMC à plus de 35 kg/m^2 (16). L'étude de Gabert et coll. (34) publiée en 2013 portant comme dans notre étude sur des candidats à une chirurgie bariatrique montre une prévalence d'abus sexuels de 21,8%, plus élevée que celle de notre étude, ce qui est également le cas dans l'étude de Mahony et coll. (35) qui constate une prévalence de 15.5% d'abus sexuels dans une population de 573 sujets candidats à une chirurgie bariatrique. D'autres études réalisées dans la population générale montrent que les traumatismes sexuels sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, comme c'est le cas dans notre étude et que ce type de psychotraumatisme n'est pas le plus répandu (36,37,38).

Le traumatisme sexuel peut avoir un impact direct sur l'image du corps, et celle-ci peut être entièrement ou partiellement modifiée, de façon négative, par le développement d'une vision auto-dévalorisante qui suit l'exposition au traumatisme (39,40). Dans le cas de troubles de l'alimentation, cette auto-dévalorisation s'exprime sur le plan physique et conduit à l'utilisation de méthodes extrêmes pour maigrir ou au contraire grossir. En effet, certaines victimes de traumatismes sexuels peuvent vouloir être plus minces, afin de minimiser les caractères sexuels secondaires et paraître moins attrayantes pour les auteurs potentiels d'agression sexuelle. D'autres victimes d'abus sexuels vont au contraire prendre du poids en excès pour paraître aussi moins attrayantes. En effet, une étude réalisée au Danemark portant sur 2981 participants âgés de 24 ans, qui ont été mis sous protection pendant leur enfance, explore les relations entre PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder), psychotraumatismes pendant l'enfance et IMC. Elle montre ainsi qu'une histoire de violences psychologiques dans l'enfance est associée à une

insuffisance pondérale, alors que les antécédents d'abus sexuels durant l'enfance sont associés à un excès de poids (41).

IV.1.3. Violences directes et violences indirectes

Dans notre étude, des antécédents de violences directes (violences physiques ou psychologiques ciblant directement l'enfant) sont retrouvés chez 23% des sujets obèses candidats à la chirurgie bariatrique et dans une proportion significativement plus importante chez les femmes que chez les hommes (25% des femmes vs 15% des hommes). Des violences indirectes (violences dans l'entourage de l'enfant dont il a été témoin) sont présentes dans l'histoire personnelle de 18% de l'ensemble des sujets de l'étude.

Nous avons choisi de regrouper dans ce paragraphe une revue de littérature concernant les violences directes et les violences indirectes. En effet, le concept d'« emotional abuse » du CTQ fréquemment retrouvé dans la littérature concerne à la fois nos définitions de violences directes (dans le cadre d'une violence psychologique) mais également de violences indirectes (lorsque l'enfant est témoin de violences).
Une étude américaine récente portant sur des adolescents présentant une obésité grave et en attente de chirurgie bariatrique relève que le psychotraumatisme le plus fréquent est la maltraitance psychologique (« emotional abuse ») (42). La méta-analyse de Hemmingsson (17) montre également une association significative entre maltraitance psychologique et obésité avec un odds-ratio de 1.36. Une étude récente a analysé la dysrégulation émotionnelle et relève l'existence d'un lien entre les antécédents de psychotraumatisme dans l'enfance et l'alimentation émotionnelle, c'est-à-dire une alimentation en réaction à des émotions. Elle en conclut à une association significative entre une maltraitance psychologique subie dans l'enfance et une alimentation émotionnelle développée à l'âge adulte (43).
L'analyse de la littérature met en évidence des conclusions contradictoires quant à l'association des violences directes dans l'enfance ou l'adolescence avec l'obésité ultérieure. Une étude récente de 2015 montre une relation entre les antécédents de violences subies par des adolescents et une augmentation de l'IMC, de façon équivalente chez les filles et les garçons (44). L'étude de Helton et coll. (45) portant sur des enfants

âgés de 1 à 17 ans confirme ce résultat. Cependant l'étude de Fuller et coll. (26) analysant l'impact des violences physiques pendant l'enfance sur le poids adulte d'hommes et de femmes, conclut que, si les femmes victimes de violences physiques pendant l'enfance voient leur risque d'obésité augmenter de 35 %, en revanche il n'y a pas d'augmentation de ce risque chez les hommes. Une autre étude conclut même que les antécédents de maltraitances physiques seraient un facteur protecteur d'obésité (46).

Pour répondre à ces discordances, une méta-analyse de 41 études sur le sujet regroupant 190 285 participants a révélé que les psychotraumatismes subis dans l'enfance, y compris les violences physiques sont associés à un risque élevé de développer une obésité au cours de la vie (47). Enfin, une autre étude constate que les violences physiques et sexuelles sévères pendant l'enfance augmentent de 90 % le risque de développer une addiction alimentaire (48).

IV.1.4. Chirurgie bariatrique et psychotraumatismes

Quelques études ont été menées afin d'évaluer l'impact des psychotraumatismes sur l'efficacité de la chirurgie bariatrique. L'étude de Clark et coll. (49) montre qu'il n'y a pas d'association significative entre les antécédents d'abus sexuels ou de violences physiques et le pourcentage de perte de poids deux ans après la chirurgie. De la même façon, l'étude de Buser et coll. (50) présente des résultats qui suggèrent que les femmes ayant des antécédents d'abus sexuels perdent autant de poids après chirurgie que celles qui n'ont pas subi d'abus sexuels.

A l'inverse, d'autres études objectivent une plus faible perte de poids après la chirurgie bariatrique chez les patients ayant subi des violences sexuelles (34,51). Les patients ayant subi des abus sexuels assimileraient leur surpoids à un facteur protecteur et mettraient en échec leur perte de poids de peur que leur expérience d'abus sexuel ne refasse surface lors de l'amaigrissement (52). L'étude de Wedin et coll. (53) constate également que la chirurgie bariatrique est moins efficace chez les sujets ayant subi des violences physiques (diminution de 84 % de la probabilité de réussite de la chirurgie en cas d'antécédents de violences physiques).

Selon l'étude de Clark et coll. (49), les antécédents d'abus sexuels pourraient par ailleurs être associés à un risque accru de complications psychiatriques après chirurgie bariatrique (73 % des patients hospitalisés dans un service de psychiatrie ayant déclaré avoir des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance).

IV.2. BED et obésité

Notre étude met en évidence une prévalence élevée du BED dans une population de sujets obèses candidats à la chirurgie bariatrique : sur les 1484 patients inclus dans l'étude, 518 répondent aux critères diagnostiques du BED du DSM-IV-TR, soit 35% de la population de l'étude.
Cette prévalence est supérieure à celles retrouvées dans plusieurs études menées sur le même type de population. Dans l'étude de Kalarchian et coll. (54) menée sur une population de 288 candidats à une chirurgie bariatrique, la prévalence du BED sur la vie entière est de 27 % et la prévalence au moment de l'étude est de 16%. L'étude de Jones-Corneille et coll. publiée en 2012 (55) portant sur une population de 195 patients en attente de chirurgie bariatrique retrouve une prévalence de BED de 23%. Ces différences de prévalence par rapport à notre étude pourraient s'expliquer par des différences de définition du BED (fréquences de crises requises pour le diagnostic différentes selon les études) ou de méthodologie (patients informés de leur inclusion dans un travail de recherche, utilisation uniquement d'échelles pour le diagnostic…).

Dans notre étude, le BED est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes (37% des femmes vs 27% des hommes), dans une proportion équivalente à celle rapportée dans le DSM IV-TR (1,5 femmes pour 1 homme) (5).

L'IMC est comparable dans les populations BED et non BED de notre étude, tous sexes confondus, ce qui est également le cas dans l'étude de Jones-Corneille et coll. (55). Les femmes BED et non BED de la population de notre étude ont un IMC comparable ; en revanche, les hommes BED ont un IMC supérieur aux hommes non BED. Cette constatation s'oppose aux résultats d'une étude publiée en 2012 par Müller et coll. (56)

qui ne montre aucune association entre BED, IMC et sexe dans une population de patients obèses en attente de chirurgie bariatrique.

IV.3. Psychotraumatismes et BED

IV.3.1. Rappel des résultats de notre étude

La prévalence des psychotraumatismes chez les sujets BED est très élevée (81% chez les hommes et 88% chez les femmes). Nous avons constaté une proportion significativement plus importante de psychotraumatismes chez les patients BED que chez les patients non BED, aussi bien chez les hommes (81% vs 58%) que chez les femmes (88% vs 78%).

La carence affective correspond dans notre étude au traumatisme psychologique le plus fréquent chez les patients BED. La prévalence de l'ensemble des différents types de psychotraumatismes (violences directes, violences indirectes, abus sexuels et carences affectives) est significativement plus importante chez les femmes BED que chez les femmes non BED. C'était également le cas chez les hommes BED par rapport aux hommes non BED, à l'exception des abus sexuels.

La proportion de sujets avec 2, 3 ou 4 psychotraumatismes cumulés est environ deux fois plus importante dans la population BED que la population non BED de notre étude.

L'analyse multivariée chez les femmes montre une association significative entre le BED et les violences directes (OR=1.56 ; p=0.0047), les carences affectives (OR=1.83 ; p<0,0001) et les abus sexuel (OR=1.80 ; p=0.0029), les carences affectives correspondant donc au psychotraumatisme dont l'association avec le BED est la plus forte chez les femmes. Chez les hommes, l'analyse multivariée ne montre d'association significative qu'entre le BED et la carence affective (OR=3,49 ; p<0,0001). En d'autres termes, chez les femmes, les violences directes, les carences affectives et les abus sexuels sont des facteurs de risque du BED (risque de BED multiplié par 1.8 si carence affective ou abus sexuel et par 1.6 si violence directe). Chez les hommes, la carence affective est un facteur de risque du BED (risque de BED multiplié par 3.5 si carence affective).

IV.3.2. BED et psychotraumatismes dans la littérature

Peu d'études se sont intéressées aux psychotraumatismes chez les sujets souffrant de BED. Trois études ont retenu notre attention. L'étude d'Allison et coll. (57) réalisée sur une population de 176 patients souffrant de BED recense 82% de psychotraumatisme chez les sujets de l'étude. 54% des sujets rapportent des violences psychologiques (« emotional abuse »), 31% des violences physiques (« physical abuse »), 29% des abus sexuels (« sexual abuse »), 69% des carences affective (« emotional neglect »), et 50% des négligences physiques (« physical neglect »). L'étude de Grilo (58) réalisée sur le même type de population (145 sujets) retrouve des résultats similaires pour les prévalences des psychotraumatismes d'une façon générale et des différents types de psychotraumatismes. L'étude de Becker et coll. (59) retrouve également des résultats similaires mais sur une population ne comprenant que des femmes. Ces études mettent par ailleurs en évidence, de façon concordante avec les résultats de notre étude, que les sujets présentant un BED ont plus d'antécédents de psychotraumatisme que les sujets indemnes de BED.

La carence affective est le psychotraumatisme le plus fréquent dans notre étude (72% chez les hommes et 78% chez les femmes), comme c'est le cas dans les trois autres études auxquelles nous nous sommes rapportés, avec une prévalence similaire (69 % de carence affective dans la population de l'étude d'Allison et coll.). Notre étude montre en revanche une prévalence d'abus sexuels moins élevée que dans ces trois études (17% chez les femmes dans notre étude contre 31% dans l'étude de Becker et coll.). Les prévalences des violences directes et des violences indirectes ne peuvent pas être comparées aux résultats de ces trois études, car ces types de psychotraumatisme utilisés dans notre étude se recoupent dans le concept de violence psychologique (« emotional abuse »).

La forte association mise en évidence entre le BED et les carences affectives est confortée par une étude récente de Degortes et coll. (60), qui objective une fréquence plus importante d'événements de vie stressants tels que les deuils ou les séparations familiales chez les sujets présentant un BED que ceux atteints d'un autre TCA.

De nombreuses études confirment également l'association entre les TCA de façon générale (boulimie, BED et anorexie mentale) et les abus sexuels (61,62) ou la violence psychologique («emotional abuse »), l'exposition traumatique étant plus fréquente dans

les TCA hyperphagiques que dans les TCA restrictifs (57,63,64). La violence psychologique serait par ailleurs également un facteur prédictif de la sévérité du trouble boulimique, en impactant l'estime de soi et en engendrant des troubles de la régulation des affects (65).

IV.3.3. Hypothèses étiopathogéniques pour expliquer l'association entre le BED et les psychotraumatismes.

Sur le plan biologique, les psychotraumatismes dans l'enfance pourraient être à l'origine de perturbations du système sérotoninergique et /ou de l'axe corticotrope qui pourraient contribuer à favoriser le développement d'un TCA, et notamment d'un BED (66). L'étude d'Akkermann et coll. (67) montre que des évènements traumatisants dans l'enfance peuvent accroître la sensibilité à une dysrégulation sérotoninergique après un stress et donc être à l'origine du développement de TCA à l'âge adulte. Une autre étude suggère que les psychotraumatismes pourraient avoir une influence sur la survenue de symptômes boulimiques par l'intermédiaire d'une perturbation du système dopaminergique (68).

Sur le plan psychique, les psychotraumatismes dans l'enfance seraient la cause de dysrégulations émotionnelles susceptibles d'expliquer la survenue de TCA (69). Des études montrent en effet que le concept de dysrégulation émotionnelle constitue un lien significatif entre les traumatismes dans l'enfance et les TCA, en particulier en cas de violence psychologique (41,70).

Les psychotraumatismes peuvent par ailleurs entraîner des troubles de l'attachement en perturbant précocement les interactions parents-enfants, en cas de séparations parentales précoces par exemple. Le développement psychique s'en trouve perturbé et s'installe alors chez le sujet une difficulté à réagir aux événements stressants de sa vie ultérieure (puberté, deuil, séparation…), autant de facteurs impliqués dans le déclenchement des TCA. De nombreuses études ont mis en évidence que les troubles de l'attachement constituaient un facteur de risque des TCA, notamment du BED, ces troubles de l'attachement ne constituant qu'un facteur de risque parmi d'autres, et non pas un facteur causal linéaire (71-75).

L'étude de Shakory et coll. (76), a par ailleurs mis en évidence une association entre la

dysrégulation émotionnelle, l'attachement insécure et le BED dans une population de 1388 sujets en attente de chirurgie bariatrique, les troubles de la régulation des émotions constituant un lien entre l'attachement insécure et le BED. En outre, cette étude suggère qu'une meilleure régulation des émotions pourrait être une piste thérapeutique dans la prise en charge du BED.
Enfin, l'étude de Tasca et coll. (77) suggère que l'attachement insécure serait à l'origine d'une dysrégulation des affects, ce qui pourrait expliquer pourquoi les TCA peuvent être les conséquences d'une maltraitance.

IV.4. Points forts de l'étude

L'entretien psychiatrique systématiquement réalisé au CHU de Nancy avant une éventuelle chirurgie bariatrique nous a permis d'étudier une population dont l'effectif est très important : 1484 sujets obèses candidats à un chirurgie bariatrique. Dans cette population globale, 518 sujets ont été considérés comme ayant un BED. L'étude de l'association entre le BED et les psychotraumatismes que nous avons effectuée dans cette population de 518 sujets est à notre connaissance l'étude dont l'effectif de la population est le plus important dans la littérature. A titre de comparaison, les trois principales autres études auxquelles nous nous sommes rapportés portaient sur 137 à 176 participants (57,58,59). La population masculine de notre étude comprend 89 sujets aux antécédents de BED. Là encore, notre étude correspond à notre connaissance à l'étude analysant l'association BED et psychotraumatisme, dont la population masculine est la plus importante (38 hommes seulement dans l'étude d'Allison et coll.) (57).

Dans notre étude, l'existence ou non d'antécédents de BED a été évaluée sur la vie entière par un psychiatre au cours d'un entretien approfondi portant notamment sur le comportement alimentaire. La prévalence de ce trouble est ainsi mieux évaluée que par l'utilisation d'auto-questionnaires qui ne permettent d'évaluer les troubles du comportement alimentaire qu'au cours d'une période de temps restreinte.

IV.5. Limites de l'étude

Tout d'abord, notre étude a été menée sur une population de sujets obèses candidats à une chirurgie bariatrique et ne peut pas être généralisée à une population plus large de patients obèses sans projet d'intervention chirurgicale.

Par ailleurs, le recueil des données de l'étude a été réalisé au cours d'un entretien psychiatrique pré-chirurgical dont les conclusions pouvaient être à l'origine d'un report de la chirurgie bariatrique voire d'une contre-indication du geste. Ceci peut conduire à un biais de déclaration, les patients pouvant avoir tendance à sous-estimer voire nier les troubles dont ils souffrent ou ont souffert afin d'optimiser leur chance de bénéficier du geste chirurgical.

L'évaluation des troubles psychiatriques des sujets de l'étude a été réalisée sous la forme d'entretiens semi-structurés. Il n'a pas été utilisé d'échelles de mesures standardisées, ce qui pourrait avoir diminué la reproductibilité du recueil des données au cours des entretiens psychiatriques. Ce biais de l'étude est toutefois atténué par le fait que l'ensemble des entretiens a été réalisé par un seul et même psychiatre.

L'évaluation des psychotraumatismes au cours des entretiens a été réalisée en les classant selon quatre types : violence directe, violence indirecte, abus sexuel ou carence affective. Ces quatre types de psychotraumatismes se recoupent mal dans les critères du Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) utilisés dans d'autres études. En effet, le critère «emotionnal abuse» (ou violence psychologique) du CTQ peut correspondre selon la classification des psychotraumatismes de notre étude, soit à une violence directe (violence psychologique ciblant directement l'enfant), soit à une violence indirecte (enfant témoin de violences dans son entourage). Le critère « violence directe » de notre étude inclut trois critères du CTQ (« physical neglect », « physical abuse » et « emotional abuse »). Ces différences de classifications des psychotraumatismes rendent difficile la comparaison des résultats de notre étude à ceux d'autres études qui ont utilisé les critères du CTQ.

Enfin, le recueil de données n'ayant pas fait état de la fréquence ou de la durée des événements traumatisants, il n'a pas été possible d'en tenir compte dans cette étude.

V. CONCLUSION

Notre étude met en évidence une prévalence importante du BED et des psychotraumatismes chez les sujets obèses candidats à une chirurgie bariatrique, de façon plus significative chez les femmes que chez les hommes.

Les psychotraumatismes sont par ailleurs plus fréquents chez les sujets aux antécédents de BED que chez les sujets indemnes de BED, aussi bien dans les populations masculine que féminine de l'étude. La carence affective constitue le type de psychotraumatisme le plus fréquemment observé dans la population de sujets BED. Chez les femmes, notre étude montre que les violences directes, les carences affectives et les abus sexuels constituent des facteurs de risque du BED. Chez les hommes, seules les carences affectives sont associées de façon significative au BED.

Cette association du BED et des psychotraumatismes pourraient faire intervenir d'une part des facteurs biologiques (système sérotoninergique et axe corticotrope) et d'autre part des facteurs psychologiques (dysrégulation émotionnelle et troubles de l'attachement).

Par ailleurs, les psychotraumatismes pourraient avoir un impact sur l'efficacité de la chirurgie bariatrique et la survenue de complications psychiatriques après la chirurgie, ce qui souligne l'importance de l'évaluation des psychotraumatismes au cours de l'entretien psychiatrique pré-chirurgical afin d'optimiser les chances de réussite de la chirurgie et de prévenir les éventuelles complications post-chirurgicales.

Il pourrait être intéressant d'analyser l'évolution du BED chez les sujets de notre étude après la chirurgie et de déterminer les effets des psychotraumatismes et du BED sur l'efficacité de la chirurgie et la survenue ou non de complications psychiatriques.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Overweight and obesity [Internet]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/

2. Scopinaro N. Bariatric metabolic surgery. Rozhl Chir. 2014;94(8):404–15.

3. HAS. Surpoids [Internet]. Available from: http://http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours

4. Chang S-H, Stoll CRT, Song J, Varela JE, Eagon CJ, Colditz GA. The effectiveness a nd risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. JAMA Surg. 2014 Mar;149(3):275–87.

5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder DSM-IV-TR. 2000;

6. Allison KC, Wadden TA, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand CE, Gibbons LM, et al. Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. Surg Obes Relat Dis. 2006 Apr;2(2):153–8.

7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental DSM-V. 2013;

8. Marek RJ, Ben-Porath YS, Ashton K, Heinberg LJ. Impact of using DSM-5 criteria for diagnosing binge eating disorder in bariatric surgery candidates: Change in prevalence rate, demographic characteristics, and scores on the minnesota multiphasic personality inventory - 2 restructured form (MMPI-2-RF). Int J Eat Disord. 2014 Mar 6;

9. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. Lancet. 2010 Feb 13;375(9714):583–93.

10. Smink FRE, Van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. Int J Eat Disord. 2014 Sep;47(6):610–9.

11. Ribeiro M, Conceição E, Vaz AR, Machado PPP. The prevalence of binge eating disorder in a sample of college students in the north of Portugal. Eur Eat Disord Rev. 2014 May;22(3):185–90.

12. F CG, D HA, W S L, H y PJ, D v B A, O C ME. R k f for binge eating disorder: a community-based, case-control study. Arch. Gen. Psychiatry. 1998 May;55(5):425–32.

13. 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. 2005 Jan;13(1):123–30.

14. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading

causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med. 1998 May;14(4):245–58.

15. Thomas C, Hyppönen E, Power C. Obesity and type 2 diabetes risk in midadult life: the role of childhood adversity. Pediatrics. 2008 May;121(5):e1240–1249.

16. Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti V. Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. 2002 Aug;26(8):1075–82.

17. E. Hemmingsson1, K. Johansson2 and S. Reynisdottir1. Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis. 2014 Jun 21;

18. Richardson AS, Dietz WH, Gordon-Larsen P. The association between childhood sexual and physical abuse with incident adult severe obesity across 13 y f National Longitudinal Study of Adolescent Health. Pediatr Obes. 2014 Oct;9(5):351–61.

19. HAS. O z . 2009 J .

20. Gladis MM, Wadden TA, Foster GD, Vogt RA, Wingate BJ. A comparison of two approaches to the assessment of binge eating in obesity. Int J Eat Disord. 1998 Jan;23(1):17–26.

21. Grupski AE, Hood MM, Hall BJ, Azarbad L, Fitzpatrick SL, Corsica JA. Examining the Binge Eating Scale in screening for binge eating disorder in bariatric surgery candidates. Obes Surg. 2013 Jan;23(1):1–6.

22. Crow SJ, Stewart Agras W, Halmi K, Mitchell JE, Kraemer HC. Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: a multicenter study. Int J Eat Disord. 2002 Nov;32(3):309–18.

23. De Zwaan M, Herpertz S, Zipfel S, Tuschen-Caffier B, Friederich H-C, Schmidt F, et al. INTERBED: internet-based guided self-help for overweight and obese patients with full or subsyndromal binge eating disorder. A multicenter randomized controlled trial. Trials. 2012 Nov 21;13:220.

24. Power C, Pinto Pereira SM, Li L. Childhood Maltreatment and BMI Trajectories to Mid-Adult Life: Follow-Up to Age 50y in a British Birth Cohort. PLoS ONE. 2015;10(3):e0119985.

25. Sansone RA, Schumacher D, Wiederman MW, Routsong-Weichers L. The prevalence of childhood trauma and parental caretaking quality among gastric surgery candidates. Eat Disord. 2008 Apr;16(2):117–27.

26. Fuller-Thomson E, Sinclair DA, Brennenstuhl S. Carrying the pain of abuse: gender-specific findings on the relationship between childhood physical abuse and obesity in adulthood. Obes Facts. 2013;6(4):325–36.

27. Kiecolt-Glaser JK. Stress, food, and inflammation: psychoneuroimmunology and nutrition at the cutting edge. Psychosom Med. 2010 May;72(4):365–9.

28. Hemmingsson E. A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention.

Obes Rev. 2014 Sep;15(9):769–79.

29. Spann MN, Mayes LC, Kalmar JH, Guiney J, Womer FY, Pittman B, et al. Childhood abuse and neglect and cognitive flexibility in adolescents. Child Neuropsychol. 2012;18(2):182–9.

30. Schneiderman JU, Negriff S, Peckins M, Mennen FE, Trickett PK. Body mass index trajectory throughout adolescence: a comparison of maltreated adolescents by maltreatment type to a community sample. Pediatr Obes. 2014 Aug 29;

31. Yannakoulia M, Papanikolaou K, Hatzopoulou I, Efstathiou E, Papoutsakis C, Dedoussis GV. Association between f y v BMI patterns: the GENDAI Study. Obesity (Silver Spring). 2008 Jun;16(6):1382–7.

32. Weinberg RJ, Dietz LJ, Stoyak S, Melhem NM, Porta G, Payne MW, et al. A prospective study of parentally bereaved youth, caregiver depression, and body mass index. J Clin Psychiatry. 2013 Aug;74(8):834–40.

33. Gustafson TB, Sarwer DB. Childhood sexual abuse and obesity. Obes Rev. 2004 Aug;5(3):129–35.

34. Gabert DL, Majumdar SR, Sharma AM, Rueda-Clausen CF, Klarenbach SW, Birch DW, et al. Prevalence and predictors of self-reported sexual abuse in severely obese patients in a population-based bariatric program. J Obes. 2013;2013:374050.

35. Mahony D. Assessing sexual abuse/attack histories with bariatric surgery patients. J Child Sex Abus. 2010 Jul;19(4):469–84.

36. Amstadter AB, Aggen SH, Knudsen GP, Reichborn-Kjennerud T, Kendler KS. Potentially traumatic event exposure, posttraumatic stress disorder, and Axis I and II comorbidity in a population-based study of Norwegian young adults. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013 Feb;48(2):215–23.

37. Elklit A, Petersen T. Exposure to traumatic events among adolescents in four nations. Torture. 2008;18(1):2–11.

38. Frans O, Rimmö P-A, Aberg L, Fredrikson M. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. Acta Psychiatr Scand. 2005 Apr;111(4):291–9.

39. Sack M, Boroske-Leiner K, Lahmann C. Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. Gen Hosp Psychiatry. 2010 Jun;32(3):315–20.

40. 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. 2010 Apr;43(3):274–81.

41. Roenholt S, Beck NN, Karsberg SH, Elklit A. Post-traumatic stress symptoms and childhood abuse categories in a national representative sample for a specific age group: associations to body mass index. Eur J Psychotraumatol. 2012 Jun 18;3.

42. Zeller MH, Noll JG, Sarwer DB, Reiter-Purtill J, Rofey DL, Baughcum AE, et al. Child Maltreatment and the Adolescent Patient With Severe Obesity: Implications for

Clinical Care. J Pediatr Psychol. 2015 Mar 15;

43. Michopoulos V, Powers A, Moore C, Villarreal S, Ressler KJ, Bradley B. The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. Appetite. 2015 Apr 9;

44. Stensland SØ, Thoresen S, Wentzel-Larsen T, Dyb G. Interpersonal violence and overweight in adolescents: the HUNT Study. Scand J Public Health. 2015 Feb;43(1):18–26.

45. Helton JJ, Liechty JM. Obesity prevalence among youth investigated for maltreatment in the United States. Child Abuse Negl. 2014 Apr;38(4):768–75.

46. Schneiderman JU, Mennen FE, Negriff S, Trickett PK. Overweight and obesity among maltreated young adolescents. Child Abuse Negl. 2012 Apr;36(4):370–8.

47. Danese A, Tan M. Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. Mol. Psychiatry. 2014 May;19(5):544–54.

48. Mason SM, Flint AJ, Field AE, Austin SB, Rich-Edwards JW. Abuse victimization in childhood or adolescence and risk of food addiction in adult women. Obesity (Silver Spring). 2013 Dec;21(12):E775–781.

49. Clark MM, Hanna BK, Mai JL, Graszer KM, Krochta JG, McAlpine DE, et al. Sexual abuse survivors and psychiatric hospitalization after bariatric surgery. Obes Surg. 2007 Apr;17(4):465–9.

50. Buser A, Dymek-Valentine M, Hilburger J, Alverdy J. Outcome following gastric bypass surgery: impact of past sexual abuse. Obes Surg. 2004 Feb;14(2):170–4.

51. Steinig J, Wagner B, Shang E, Dölemeyer R, Kersting A. Sexual abuse in bariatric surgery candidates: impact on weight loss after surgery: a systematic review. Obes Rev. 2012 Oct;13(10):892–901.

52. Felitti VJ. Childhood sexual abuse, depression, and family dysfunction in adult obese patients: a case control study. South. Med. J. 1993 Jul;86(7):732–6.

53. Wedin S, Madan A, Correll J, Crowley N, Malcolm R, Karl Byrne T, et al. Emotional eating, marital status and history of physical abuse predict 2-year weight loss in weight loss surgery patients. Eat Behav. 2014 Dec;15(4):619–24.

54. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, Ringham RM, et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. Am J Psychiatry. 2007 Feb;164(2):328–334; quiz 374.

55. Jones-Corneille LR, Wadden TA, Sarwer DB, Faulconbridge LF, Fabricatore AN, Stack RM, et al. Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. Obes Surg. 2012 Mar;22(3):389–97.

56. 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. 2012 Jan;20(1):e91–95.

57. 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. 2007 Dec;45(12):2874–83.

58. 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. 2001 May;9(5):320–5.

59. Becker DF, Grilo CM. Childhood maltreatment in women with binge-eating disorder: associations with psychiatric comorbidity, psychological functioning, and eating pathology. Eat Weight Disord. 2011 Jun;16(2):e113–120.

60. Degortes D, Santonastaso P, Zanetti T, Tenconi E, Veronese A, Favaro A. Stressful life events and binge eating disorder. Eur Eat Disord Rev. 2014 Sep;22(5):378–82.

61. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. Mayo Clin Proc. 2010 Jul;85(7):618–29.

62. Kong S, Bernstein K. Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. J Clin Nurs. 2009 Jul;18(13):1897–907.

63. Brewerton TD. Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD. Eat Disord. 2007 Sep;15(4):285–304.

64. Burns EE, Fischer S, Jackson JL, Harding HG. Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. Child Abuse Negl. 2012 Jan;36(1):32–9.

65. Groleau P, Steiger H, Bruce K, Israel M, Sycz L, Ouellette A-S, et al. Childhood emotional abuse and eating symptoms in bulimic disorders: an examination of possible mediating variables. Int J Eat Disord. 2012 Apr;45(3):326–32.

66. N. Godart, F. Perdereau. Etiopathogénie des troubles des conduites alimentaires. Manuel de psychiatrie. Masson. 2008. p. 424–30.

67. Akkermann K, Kaasik K, Kiive E, Nordquist N, Oreland L, Harro J. The impact of adverse life events and the serotonin transporter gene promoter polymorphism on the development of eating disorder symptoms. J Psychiatr Res. 2012 Jan;46(1):38–43.

68. Groleau P, Steiger H, Joober R, Bruce KR, Israel M, Badawi G, et al. Dopamine-system genes, childhood abuse, and clinical manifestations in women with Bulimia-Spectrum Disorders. J Psychiatr Res. 2012 Sep;46(9):1139–45.

69. Wonderlich SA, Rosenfeldt S, Crosby RD, Mitchell JE, Engel SG, Smyth J, et al. The effects of childhood trauma on daily mood lability and comorbid psychopathology in bulimia nervosa. J Trauma Stress. 2007 Feb;20(1):77–87.

70. Moulton SJ, Newman E, Power K, Swanson V, Day K. Childhood trauma and eating psychopathology: a mediating role for dissociation and emotion dysregulation? Child Abuse Negl. 2015 Jan;39:167–74.

71. Tasca GA, Balfour L. Attachment and eating disorders: a review of current research.

Int J Eat Disord. 2014 Nov;47(7):710–7.

72. Zachrisson HD, Skårderud F. Feelings of insecurity: review of attachment and eating disorders. Eur Eat Disord Rev. 2010 Mar;18(2):97–106.

73. Caglar-Nazali HP, Corfield F, Cardi V, Ambwani S, Leppanen J, Olabintan O, et al. A systematic review and meta- y f "Sy f S P " disorders. Neurosci Biobehav Rev. 2014 May;42:55–92.

74. Jeanne Duclos a, Solange Cook-Darzens, Daphné de Rincquesen, Catherine Doyen, Marie-Christine Mouren. Etude pilote – un nouvel éclairage attachementiste de x x q - ? 2012 Oct;740-720(172).

75. Liesbet Boone. Are attachment styles differentially related to interpersonal perfectionism and binge eating symptoms? 2013 Feb;(54).

76. Shakory S, Van Exan J, Mills JS, Sockalingam S, Keating L, Taube-Schiff M. Binge eating in bariatric surgery candidates: The role of insecure attachment and emotion regulation. Appetite. 2015 Mar 28;91:69–75.

77. Tasca GA, Ritchie K, Zachariades F, Proulx G, Trinneer A, Balfour L, et al. Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: a structural equation model. Child Abuse Negl. 2013 Nov;37(11):926–33.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Psychotraumatismes et Binge Eating Disorder chez 1484 hommes et femmes obèses candidats à la chirurgie bariatrique

INTRODUCTION : Les troubles du comportement alimentaire sont largement rapportés chez les sujets obèses candidats à une chirurgie bariatrique, en particulier le Binge Eating Disorder (BED) qui occupe désormais une place à part entière dans le DSM V. Il est également communément admis que les psychotraumatismes sont très fréquents dans ce type de population. L'objectif de ce travail est d'analyser les liens entre le BED et les antécédents de psychotraumatismes chez les sujets candidats à une chirurgie bariatrique, de façon indépendante chez les hommes et chez les femmes.

SUJETS ET MÉTHODES : Nous avons analysé rétrospectivement le comportement alimentaire et les psychotraumatismes chez tous les candidats à une chirurgie bariatrique au CHU de Nancy entre 1998 et 2013 (n=1484), indépendamment chez les hommes (n=326) et chez les femmes (n=1158).

RÉSULTATS : Le BED est présent chez 27% des hommes et 37% des femmes. Les hommes aux antécédents de BED ont subi significativement plus de violences directes (20,2 % vs 11,0% ; p=0,0345), de violences indirectes (23,6% vs 13,5 % ; p=0,0346) et de carences affectives (71,9 % vs 41,3 % ; p<0,0001) que les hommes sans antécédent de BED. Les femmes aux antécédents de BED ont également subi plus fréquemment des violences directes (33,1% vs 19,5,% ; p< 0,0001), des violences indirectes (23,3% vs 14,7% ; p=0,0003), des abus sexuels (16,8% vs 8% ; p< 0,0001) et des carences affectives (78,1% vs 61,4% ; p<0,0001) que les femmes sans antécédent de BED. L'analyse multivariée montre que chez les femmes, les violences directes (OR=1,56 ; IC95% [1,14-2,12] ; p=0,0047), les abus sexuels (OR=1,80 ; IC95% [1,22-2,65] ; p=0,0029) et les carences affectives (OR=1,83 ; IC95% [1,37-2,44] ; p<0,0001) sont des facteurs de risque de BED. Chez les hommes, seules les carences affectives sont associés de façon significative au BED (OR=3,49 ; IC95% [1,94-6,29] ; p<0,0001).

CONCLUSION : La prévalence des psychotraumatismes chez les sujets candidats à une chirurgie bariatrique est plus fréquente chez les sujets souffrant de BED que chez les sujets indemnes de BED, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, la carence affective représentant le type de psychotraumatisme dont l'association avec le BED est la plus forte dans les deux sexes.

TITRE EN ANGLAIS : Psychological trauma and binge eating disorder prior to bariatric surgery in 1484 males and females obeses subjects

---

THÈSE DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE – PSYCHIATRIE – ANNÉE 2015

MOTS-CLEFS : Binge eating disorder - chirurgie bariatrique – psychotraumatisme - trouble du comportement alimentaire

---

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex