



**HAL**  
open science

# Approche psychologique de la résilience chez les personnes en situation d'obésité sévère candidates à une chirurgie bariatrique

Joris Mathieu

► **To cite this version:**

Joris Mathieu. Approche psychologique de la résilience chez les personnes en situation d'obésité sévère candidates à une chirurgie bariatrique. Psychologie. Université de Lorraine, 2018. Français. NNT : 2018LORR0126 . tel-02069111

**HAL Id: tel-02069111**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/tel-02069111v1>**

Submitted on 4 Jan 2021

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

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



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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



Ecole doctorale SLTC (EA 78)

Laboratoire INTERPSY (EA 4432)

# Thèse de Doctorat en Psychologie

## **APPROCHE PSYCHOLOGIQUE DE LA RESILIENCE CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION D'OBESITE SEVERE CANDIDATES A UNE CHIRURGIE BARIATRIQUE**

**Étude des effets d'une prise en charge multidisciplinaire avant chirurgie**

Présentée et soutenue publiquement par

**Joris MATHIEU**

En vue de l'obtention du grade de Docteur en psychologie

Sous la direction de

Pr **Joëlle LIGHEZZOLO-ALNOT** (Université de Lorraine)  
Pr **Olivier ZIEGLER** (Université de Lorraine, CHRU de Nancy)

Membres du jury :

|                          |  |                |
|--------------------------|--|----------------|
| <b>Eric BERTIN</b>       | Professeur des Universités (PU-PH)<br>Université de Reims                | Examineur      |
| <b>André MARIAGE</b>     | Professeur des Universités<br>Université de Bourgogne Franche-Comté      | Pré-rapporteur |
| <b>Almudena SANAHUJA</b> | Professeur des Universités<br>Université de Bourgogne Franche-Comté      | Examineur      |
| <b>Lony SCHILTZ</b>      | Directrice de Recherche HDR, Centre<br>Hospitalier Kirchberg, Luxembourg | Pré-rapporteur |
| <b>Didier QUILLIOT</b>   | Professeur des Universités (PU-PH)<br>Université de Lorraine             | Membre invité  |

## Résumé :

Les candidats à la chirurgie bariatrique ont une trajectoire biopsychosociale singulière : obésité très sévère ou compliquée, psychopathologies fréquentes et histoires de vie difficiles et traumatiques. Considérant le traitement médical comme un échec, ils voient la chirurgie comme l'ultime solution. Le concept de résilience permet d'aborder la fragilité psychique et sociale de ces personnes. Les objectifs principaux de l'étude visent à mieux cerner leurs fonctionnements psychiques et à identifier leurs évolutions au cours d'un parcours de préparation à la chirurgie bariatrique, selon une approche semi-quantitative d'inspiration psychodynamique.

Deux cents sujets candidats à la chirurgie bariatrique (153 femmes et 47 hommes ; âge :  $43,5 \pm 11,74$  ans ; IMC :  $45,54 \pm 7,19$  kg/m<sup>2</sup>) ont été recrutés au début de leurs parcours de préparation au CHRU de Nancy. Ce parcours qui dure un an est basé sur un abord cognitivo-comportemental et propose des ateliers collectifs d'éducation thérapeutique.

Trois méthodologies ont été utilisées au début et à la fin de ce parcours pour explorer les différentes dimensions de la résilience dans le contexte de l'obésité sévère : des entretiens cliniques de recherche, des données projectives (102 protocoles Rorschach) et des auto-questionnaires permettant d'apprécier la qualité de vie (EQVOD et SF-36), les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) (DEBQ et BES), les psychopathologies (HAD et MINI), les mécanismes de coping (Briefscope), l'alexithymie (TAS), et la résilience (RSA).

Le processus de résilience est inexistant en début de parcours. Les résultats indiquent que les sujets présentent une faible qualité de vie ainsi que de nombreuses psychopathologies : compulsions alimentaires (62,89 %, dont 56,6 % de Binge Eating Disorder (BED)), dépressions (15 %), anxiétés (34,5 %) ou encore addictions (29,5 %). Un nombre important d'événements de vie difficiles et traumatiques est relevé : 86 % des sujets ont vécu un événement polytraumatique remontant majoritairement à l'enfance et l'adolescence.

Les réponses paradoxales données par certains sujets aux auto-questionnaires permettent de les classer selon un profil comportemental dit "discordant" (sous-évaluation du binge eating à la BES et surévaluation de la résilience à la RSA) qui se caractérise par un défaut de mentalisation relevé à l'entretien clinique et au Rorschach.

Une nette amélioration de l'ensemble des indicateurs est constatée à la fin du parcours. La qualité de vie des sujets, notamment psychique, augmente. La prévalence des psychopathologies, elle, diminue fortement, avec des réductions significatives des TCA en termes de fréquence (64,78 %) et d'intensité (13,21 % avec forte compulsivité), des dépressions (3,14 %), de l'anxiété (8,18 %) et des comportements addictifs (13,84 %). Enfin, les difficultés de mentalisation ont régressé, bien que la majorité des sujets présente toujours une absence de processus résilient juste avant la chirurgie. Les sujets présentant un profil "concordant" d'après les auto-questionnaires, connaissent une amélioration significativement plus importante à la plupart des indicateurs, par rapport aux sujets "discordants".

Dépasser les critères relevant du seul discours conscient (RSA) pour accéder aux motions défensives et au registre inconscient (entretien clinique formalisé et Rorschach) est la méthode de référence pour expliquer des résultats de prime abord paradoxaux. Les événements de vie difficiles et traumatiques paraissent avoir généré des difficultés de mentalisation, barrant l'accès à un processus résilient, tel que relevé en début du parcours de préparation à la chirurgie. Ces résultats soulignent l'existence d'une vulnérabilité psychique chez ces sujets, candidats à la chirurgie bariatrique. Ils montrent également toute l'importance d'une approche

pluridisciplinaire globale et d'une prise en charge psychothérapeutique adaptée. Le concept de résilience est d'un grand intérêt pour apprécier la trajectoire des sujets selon une approche psychodynamique. La suite de ce travail évaluera la valeur pronostique des indicateurs de la résilience quant au succès de la chirurgie bariatrique à plus long terme.

### **Mots clés :**

Obésité — Chirurgie bariatrique — Traumatismes — Psychosomatique — Résilience

## **Abstract:**

Candidates for bariatric surgery have a singular biopsychosocial trajectory: very severe or complicated obesity, frequent psychopathologies and difficult and traumatic life histories. Considering medical treatment as a failure, they see surgery as the ultimate solution. Resilience's concept enables to come closer the psychic and social fragility of these people. The main objectives of the study are to pinpoint their psychic functioning and to identify their evolution during a healthcare pathway of preparation for bariatric surgery, using a semi-quantitative approach of psychodynamic inspiration.

Two hundred subjects who are candidates for bariatric surgery (153 women and 47 men, age:  $43.5 \pm 11.74$  years, BMI:  $45.54 \pm 7.19$  kg/m<sup>2</sup>) were recruited at the beginning of their healthcare pathway of preparation at CHRU of Nancy. This one-year circuit is based on a cognitive-behavioral access and offers collective therapeutic education working group.

Three methodologies were used at the beginning and end of this circuit in order to explore the different dimensions of resilience in severe obesity context: clinical research interviews, projective data (102 Rorschach protocols) and self-questionnaires enabling the quality of life (EQVOD and SF-36), eating disorders (ED) (DEBQ and BES), psychopathologies (HAD and MINI), coping mechanisms (BriefCOPE), alexithymia (TAS), and resilience (RSA) to be assessed.

The resilience process is nonexistent at the beginning of the circuit. Results indicate that the subjects have a poor quality of life as well as many psychopathologies: food compulsions (62.89%, including 56.6% of Binge Eating Disorder (BED)), depressions (15%), anxieties (34, 5%) or addictions (29.5%). A significant number of difficult and traumatic life events is noted: 86% of the subjects have polytraumatic past life experiences mostly going back to childhood and adolescence periods.

Paradoxical responses given by some subjects at self-questionnaires authorize them to be classified according to a behavioral profile known as "discordant" (underestimate of binge eating at BES and overvaluation of resilience at RSA) which is characterized by a deficit of mentalization identified at the clinical interview and at Rorschach.

A clear improvement of all these indicators is certified at the end of this circuit. The quality of life of subjects, especially psychic, increase. The prevalence of psychopathologies, it, strongly decreases, with significant reductions in eating behavior disorders in terms of frequency (64.78%) and intensity (13.21% with sizable compulsivity), depressions (3.14%), anxiety (8.18%) and addictive behaviors (13.84%). Lastly, mentalization's difficulties decreased, although the majority of subjects still have an absence of resilient process just before surgery. Subjects with a "consistent" profile according to the self-questionnaires, know a significant improvement in the majority of indicators, compared to "discordant" subjects.

Going over the criteria of only conscious speech (RSA) to access defensive motions and the unconscious register (formalized clinical interviews and Rorschach) is the reference method for explaining at first sight paradoxical results. Difficult and traumatic events appear to have generated mental difficulties, preventing access to a resilient process, as revealed at the beginning of the preparation circuit for surgery. These results highlight the existence of psychic vulnerability in these subjects candidates for bariatric surgery. They also demonstrate the importance of a global multidisciplinary approach and an appropriate psychotherapeutic management. The resilience's concept is a consequent interest to appreciate the path of subjects

according to a psychodynamic approach. In keeping with this study will assess the prognostic value of resilience's indicators as for the success of bariatric surgery in the longer term.

**Keywords:**

Obesity — Bariatric Surgery — Trauma — Psychosomatic — Resilience

# Remerciements

*Je remercie vivement Monsieur le Professeur Eric BERTIN, Monsieur le Professeur André MARIAGE, Madame la Professeure Almudena SANAHUJA, Madame la Docteure Lony SCHILTZ, et Monsieur le Professeur Didier QUILLIOT, pour l'honneur qu'ils m'accordent d'être membres de mon jury, et pour deux d'entre eux, d'être pré-rapporteurs.*

*J'exprime mes profonds remerciements et ma reconnaissance à Madame la Professeure Joëlle LIGHEZZOLO-ALNOT, ma directrice de thèse, pour sa disponibilité, son écoute et son soutien tout au long de mon parcours doctoral. Elle a su être suffisamment présente et m'apporter tout le réconfort nécessaire dans les moments clés. Je tiens à souligner sa rigueur scientifique ainsi que toute la pertinence de ses remarques et conseils, qui m'auront été d'une aide précieuse. Grâce à ceux-ci, j'ai su surmonter mes doutes et mener à bien ce travail de recherche.*

*J'exprime également toute ma reconnaissance à Monsieur le Professeur Olivier ZIEGLER, mon co-directeur de thèse, pour avoir toujours soutenu ce projet de recherche, et ce, dès son émergence, il y a maintenant cinq ans. Sans ce soutien et cette collaboration singulière, une co-élaboration entrelaçant le médical et le psychologique n'aurait pu aboutir. Toutes nos discussions et notamment celles sur la subjectivité du sujet et sur la place des patients dans la relation de soin, ont été structurantes pour ma construction de psychologue/chercheur, et ont également cristallisé mon désir de poursuivre une carrière centrée sur ces thématiques.*



*Je remercie chaleureusement Brigitte GUIRKINGER, celle qui a été présente depuis le commencement... Toujours dans la bienveillance, elle a su me faire grandir. Nous avons partagé de nombreuses choses, notamment durant nos rituels du carré de chocolat et de la balade digestive. Ainsi, dans cette thèse en gestation depuis trois ans, il doit y avoir nombre de nos réflexions communes...*

*Je souhaite également remercier Gaëlle BAUCHET pour toutes les discussions que nous avons eues et pour ses conseils qui ont su guider ce travail, et qui ont conduit au psychologue que je suis.*

*Je remercie tout particulièrement Dehbia MOUKAH, pour toute sa rigueur et son désir de perfection. Ici, je souhaite rendre toutes ses lettres de noblesse à ce travail (saisie de milliers de données), sans lequel tout cela n'aurait pas été possible...*

*Je tiens également à remercier tous les membres de l'équipe (médecins, psychiatre, chirurgiens, diététiciennes, infirmières, aides-soignantes, et secrétaires) de l'Unité Multidisciplinaire de la Chirurgie de l'Obésité (UMCO) pour leurs accueil, leur écoute, nos discussions durant ces cinq années, et leur soutien dans des périodes qui ont pu être compliquées...*

*Je remercie tous les membres et collègues du laboratoire Interpsy (professeurs, maîtres de conférences, doctorants et personnel d'appui), pour leur bienveillance dans les différentes étapes de mon doctorat.*

*Je voudrais aussi exprimer ma profonde reconnaissance aux patients qui ont accepté de participer à cette recherche. Je les remercie de la confiance qu'ils ont su m'accorder, sans laquelle ce travail n'aurait pas été possible. Merci à eux d'avoir partagé avec moi, parfois dans la douleur, leurs histoires de vie difficiles, voire traumatiques, dont je suis aujourd'hui, le témoin. Je vous souhaite de trouver, dans l'avenir, le chemin de la résilience.*

*Enfin pour terminer, je tiens particulièrement à remercier avec toute mon affection, mes proches, et notamment :*

*Charlène, celle qui, à mes côtés, m'a accompagné au quotidien. Ton amour et ton soutien sans faille m'ont tempéré. Je pense également à toutes les précieuses relectures que tu as faites, et à nos discussions sur ce travail, qui ont permis de l'améliorer.*

*Mes parents, pour leur amour et leur soutien indéfectible dans tous mes projets et dont les conseils m'ont été précieux, et le seront toujours.*

*Mon frère, Corentin, qui a contribué à qui je suis aujourd'hui.*

*Mes grands-parents, pour tout leur amour et pour les souvenirs inoubliables à leurs côtés.*

*Mes amis, de me permettre de m'évader à leurs côtés, de temps à autre.*

*Merci enfin à tous ceux, qui, de près comme de loin, m'ont supporté (au sens propre, comme au figuré) dans cette aventure.*

# TABLE DES MATIERES

|  |    |
|--|----|
| TABLE DES MATIERES.....  | 9  |
| INTRODUCTION.....  | 15 |
| 1. Préambule.....  | 15 |
| 2. Intérêt scientifique.....                                       | 16 |
| 3. Problématique générale.....                                     | 18 |
| CADRE THEORIQUE.....   | 19 |
| 1. L'obésité : contexte et enjeux cliniques.....                   | 19 |
| 1.1. L'obésité : un problème de santé publique.....                | 19 |
| 1.1.1. Définition.....   | 19 |
| 1.1.2. Epidémiologie.....  | 21 |
| 1.1.3. Etiologie.....  | 21 |
| 1.1.3.1. Les déterminants biologiques.....                         | 22 |
| 1.1.3.2. Les déterminants environnementaux.....                    | 24 |
| 1.1.3.3. Les déterminants comportementaux et psychologiques.....   | 25 |
| 1.2. Les conséquences de l'obésité.....                            | 26 |
| 1.2.1. Les conséquences fonctionnelles.....                        | 26 |
| 1.2.2. Les complications somatiques.....                           | 27 |
| 1.2.3. Les conséquences sociales.....                              | 27 |
| 1.2.4. Les conséquences psychologiques.....                        | 28 |
| 1.3. Les psychopathologies associées à l'obésité.....              | 29 |
| 1.3.1. Les troubles des conduites alimentaires.....                | 29 |
| 1.3.1.1. Quelques définitions.....                                 | 29 |
| 1.3.1.2. L'obésité et les troubles des conduites alimentaires..... | 31 |
| 1.3.2. Les addictions.....   | 32 |
| 1.3.2.1. Définition.....   | 32 |
| 1.3.2.2. Obésité et addictions.....                                | 32 |
| 1.3.3. Anxiété, dépressions et tentatives de suicide.....          | 33 |
| 1.3.3.1. Définition.....   | 33 |
| 1.3.3.2. Obésité et anxiété.....                                   | 34 |

|          |  |    |
|----------|--|----|
| 1.3.3.3. | Obésité, dépression et tentatives de suicide .....                   | 34 |
| 1.3.4.   | Les troubles de stress post-traumatique .....                        | 35 |
| 1.3.4.1. | Définition .....   | 35 |
| 1.3.4.2. | Obésité et Trouble de Stress Post-Traumatique .....                  | 35 |
| 1.4.     | La chirurgie de l'obésité et son incidence.....                      | 36 |
| 1.4.1.   | Les différentes techniques de chirurgie bariatrique .....            | 36 |
| 1.4.2.   | Les risques psychologiques post-opératoires.....                     | 38 |
| 1.4.3.   | Les recommandations de bonnes pratiques .....                        | 40 |
| 1.4.4.   | Un modèle : le parcours de préparation au CHRU de Nancy.....         | 41 |
| 1.4.5.   | Perspectives psychothérapeutiques.....                               | 45 |
| 1.4.5.1. | La psychothérapie : un cadre particulier stimulant le changement     | 45 |
| 1.4.5.2. | Les indicateurs d'investissement.....                                | 48 |
| 2.       | Psychosomatique de l'obésité .....                                   | 50 |
| 2.1.     | Le modèle psychosomatique.....                                       | 50 |
| 2.1.1.   | Introduction.....  | 50 |
| 2.1.2.   | La capacité de mentalisation.....                                    | 50 |
| 2.1.3.   | La voie comportementale.....   | 52 |
| 2.1.4.   | La voie somatique .....  | 53 |
| 2.1.5.   | La pensée opératoire .....   | 53 |
| 2.1.6.   | La dépression essentielle .....                                      | 54 |
| 2.1.7.   | La désorganisation progressive.....                                  | 55 |
| 2.2.     | Obésité, troubles des conduites alimentaires et psychosomatique..... | 55 |
| 3.       | Obésité, traumatismes et résilience .....                            | 58 |
| 3.1.     | Traumatismes, événements de vie difficiles, et obésité.....          | 58 |
| 3.1.1.   | Le concept de traumatisme .....                                      | 58 |
| 3.1.2.   | Traumatismes et événements potentiellement traumatiques .....        | 62 |
| 3.1.2.1. | Les abus.....  | 62 |
| 3.1.2.2. | Les négligences .....  | 63 |
| 3.1.2.3. | Le deuil difficile .....   | 64 |
| 3.1.3.   | Obésité et traumatismes .....  | 65 |
| 3.2.     | La résilience, un concept opérant dans l'obésité .....               | 68 |
| 3.2.1.   | Définition et étymologie .....                                       | 68 |
| 3.2.2.   | Historique.....  | 69 |
| 3.2.3.   | Le modèle psychodynamique de la résilience .....                     | 73 |

|          |   |    |
|----------|---|----|
| 3.2.3.1. | Les mécanismes de défense .....                                 | 74 |
| 3.2.3.2. | La relation d'attachement.....                                  | 75 |
| 3.2.3.3. | Le tuteur de développement et le tuteur de résilience.....      | 76 |
| 3.2.4.   | L'obésité massive à la lumière du concept de résilience .....   | 76 |
| 4.       | Hypothèses théoriques.....                                      | 78 |
| 4.1.     | Concernant la population étudiée.....                           | 79 |
| 4.2.     | Concernant l'effet du parcours de préparation.....              | 80 |
|          | METHODOLOGIE .....  | 81 |
| 1.       | Description de la population .....                              | 81 |
| 1.1.     | Les critères de sélection de la population .....                | 81 |
| 1.2.     | Les caractéristiques de la population .....                     | 82 |
| 2.       | Outils méthodologiques.....                                     | 85 |
| 2.1.     | L'entretien clinique de recherche.....                          | 85 |
| 2.1.1.   | Introduction.....   | 85 |
| 2.1.2.   | Les grilles d'entretiens semi-directifs.....                    | 86 |
| 2.1.2.1. | Le compte rendu d'entretien de recherche Temps 0 .....          | 86 |
| 2.1.2.2. | Le compte rendu d'entretien de recherche Temps 1 .....          | 87 |
| 2.1.2.3. | La grille d'entretien d'évaluation du processus résilient ..... | 87 |
| 2.2.     | Les questionnaires et échelles .....                            | 90 |
| 2.2.1.   | L'échelle qualité de vie, obésité et diététique (EQVOD).....    | 90 |
| 2.2.2.   | L'échelle de qualité de vie (SF-36).....                        | 90 |
| 2.2.3.   | La Binge Eating Scale (BES).....                                | 91 |
| 2.2.4.   | Le Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) .....             | 91 |
| 2.2.5.   | L'Hospital Anxiety and Depression (HAD).....                    | 91 |
| 2.2.6.   | Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) .....   | 92 |
| 2.2.7.   | Le Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).....                    | 93 |
| 2.2.8.   | Le Brief COPE.....  | 93 |
| 2.2.9.   | La Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).....                      | 93 |
| 2.2.10.  | La Resilience Scale for Adult (RSA).....                        | 94 |
| 2.3.     | Le test projectif de Rorschach.....                             | 94 |
| 2.3.1.   | Introduction.....   | 94 |
| 2.3.2.   | La qualité de la mentalisation .....                            | 95 |
| 2.3.2.1. | La symbolisation des pulsions sexuelles et agressives .....     | 96 |
| 2.3.2.2. | La capacité d'élaboration des affects .....                     | 96 |

|          |  |     |
|----------|--|-----|
| 2.3.3.   | L'échelle barrière et pénétration de Fisher et Cleveland ..... | 97  |
| 2.3.4.   | La qualité de l'espace imaginaire .....                        | 99  |
| 2.4.     | Les données issues du dossier médical .....                    | 100 |
| 3.       | Temporalité du protocole de recherche .....                    | 100 |
| 4.       | Hypothèses de travail .....                                    | 101 |
| 4.1.     | Concernant la population étudiée.....                          | 101 |
| 4.1.1.   | Hypothèse 1A .....   | 101 |
| 4.1.2.   | Hypothèse 1B.....  | 102 |
| 4.1.3.   | Hypothèse 1C.....  | 103 |
| 4.1.4.   | Hypothèse 1D .....   | 103 |
| 4.1.5.   | Hypothèse 1E.....  | 104 |
| 4.1.6.   | Hypothèse 1F .....   | 104 |
| 4.2.     | Concernant l'effet du parcours de préparation.....             | 105 |
| 4.2.1.   | Hypothèse 2A .....   | 105 |
| 4.2.2.   | Hypothèse 2B.....  | 106 |
| 4.2.3.   | Hypothèse 2C.....  | 106 |
| 4.2.4.   | Hypothèse 2D .....   | 107 |
| 4.2.5.   | Hypothèse 2E.....  | 107 |
| 5.       | Traitement des données .....                                   | 108 |
| 5.1.     | Précautions méthodologiques .....                              | 108 |
| 5.2.     | Traitements quantitatifs .....                                 | 108 |
| 5.3.     | Traitements qualitatifs .....                                  | 109 |
|          | RESULTATS ET ANALYSES.....                                     | 110 |
| 1.       | Analyses quantitatives.....                                    | 110 |
| 1.1.     | Concernant la population étudiée.....                          | 110 |
| 1.1.1.   | Hypothèse 1A .....   | 110 |
| 1.1.2.   | Hypothèse 1B.....  | 113 |
| 1.1.3.   | Hypothèse 1C.....  | 119 |
| 1.1.3.1. | Les épisodes dépressifs et suicidaires .....                   | 119 |
| 1.1.3.2. | L'anxiété .....  | 121 |
| 1.1.3.3. | Les addictions et les autres psychopathologies .....           | 123 |
| 1.1.4.   | Hypothèse 1D .....   | 125 |
| 1.1.5.   | Hypothèse 1E.....  | 130 |
| 1.1.5.1. | Analyse des données de la TAS et de l'entretien clinique ..... | 131 |

|          |  |     |
|----------|--|-----|
| 1.1.5.2. | Analyse des données du test de Rorschach .....                 | 133 |
| 1.1.6.   | Hypothèse 1F .....   | 139 |
| 1.1.7.   | Synthèse des analyses de l'hypothèse 1 .....                   | 145 |
| 1.2.     | Concernant l'effet du parcours de préparation.....             | 151 |
| 1.2.1.   | Hypothèse 2A .....   | 151 |
| 1.2.2.   | Hypothèse 2B.....  | 154 |
| 1.2.1.   | Hypothèse 2C.....  | 157 |
| 1.2.2.   | Hypothèse 2D .....   | 160 |
| 1.2.2.1. | Analyse des données de la TAS et de l'entretien clinique ..... | 160 |
| 1.2.2.2. | Analyse des données du test de Rorschach .....                 | 162 |
| 1.2.3.   | Hypothèse 2E.....  | 172 |
| 1.2.4.   | Synthèse des analyses de l'hypothèse 2.....                    | 181 |
| 2.       | Analyses qualitatives.....                                     | 186 |
| 2.1.     | Renée.....   | 186 |
| 2.1.1.   | Le début du parcours de préparation à la chirurgie (T0) .....  | 186 |
| 2.1.1.1. | Anamnèse .....   | 186 |
| 2.1.1.2. | Données des questionnaires et du test de Rorschach au T0 ..... | 188 |
| 2.1.1.3. | Conclusion .....   | 190 |
| 2.1.2.   | La fin du parcours de préparation à la chirurgie (T1).....     | 192 |
| 2.1.2.1. | Entretien du T1 .....  | 192 |
| 2.1.2.2. | Données des questionnaires et du test de Rorschach au T1 ..... | 194 |
| 2.1.2.3. | Conclusion .....   | 196 |
| 2.2.     | Sophie .....   | 197 |
| 2.2.1.   | Le début du parcours de préparation à la chirurgie (T0) .....  | 197 |
| 2.2.1.1. | Anamnèse .....   | 197 |
| 2.2.1.2. | Données des questionnaires et du test de Rorschach au T0 ..... | 199 |
| 2.2.1.3. | Conclusion .....   | 202 |
| 2.2.2.   | La fin du parcours de préparation à la chirurgie (T1).....     | 203 |
| 2.2.2.1. | Entretien du T1 .....  | 203 |
| 2.2.2.2. | Données des questionnaires et du test de Rorschach au T1 ..... | 205 |
| 2.2.2.3. | Conclusion .....   | 207 |
| 2.3.     | Nathalie .....   | 208 |
| 2.3.1.   | Le début du parcours de préparation à la chirurgie (T0) .....  | 208 |
| 2.3.1.1. | Anamnèse .....   | 208 |

|          |  |     |
|----------|--|-----|
| 2.3.1.2. | Données des questionnaires et du test de Rorschach au T0 ..... | 210 |
| 2.3.1.3. | Conclusion .....   | 213 |
| 2.3.2.   | La fin du parcours de préparation à la chirurgie (T1).....     | 214 |
| 2.3.2.1. | Entretien du T1 .....  | 214 |
| 2.3.2.2. | Données des questionnaires et du test de Rorschach au T1 ..... | 215 |
| 2.3.2.3. | Conclusion .....   | 218 |
| 2.4.     | Carlos .....   | 219 |
| 2.4.1.   | Le début du parcours de préparation à la chirurgie (T0) .....  | 219 |
| 2.4.1.1. | Anamnèse .....   | 219 |
| 2.4.1.2. | Données des questionnaires et du test de Rorschach au T0 ..... | 220 |
| 2.4.1.3. | Conclusion .....   | 223 |
| 2.4.2.   | La fin du parcours de préparation à la chirurgie (T1).....     | 224 |
| 2.4.2.1. | Entretien du T1 .....  | 224 |
| 2.4.2.2. | Données des questionnaires et du test de Rorschach au T1 ..... | 225 |
| 2.4.2.3. | Conclusion .....   | 228 |
|          | POSITIONNEMENT DANS LA RECHERCHE .....                         | 230 |
| 1.       | Positionnement personnel .....                                 | 230 |
| 1.1.     | Les manifestations contre-transférentielles.....               | 230 |
| 1.2.     | La place du psychologue/chercheur .....                        | 232 |
| 2.       | Du côté des patients : la participation à une recherche .....  | 233 |
| 3.       | Au sein de l'équipe.....                                       | 235 |
|          | DISCUSSION.....  | 236 |
|          | CONCLUSION .....   | 240 |
|          | CONTRIBUTIONS SCIENTIFIQUES.....                               | 243 |
|          | BIBLIOGRAPHIE .....  | 245 |



# INTRODUCTION

## 1. Préambule

La démarche de recherche que je me suis appropriée s'inscrit dans la conjonction d'intérêts communs à mes deux directeurs de thèse et de préoccupations partagées par les professionnels de terrain, médecins et psychologues.

Outre l'évidence des arguments scientifiques et sociétaux légitimant une recherche portant sur l'obésité, cette thématique a été nourrie par des motivations plus personnelles dont je me suis efforcé de mesurer la nature.

Etant plutôt mince de nature et issu d'une famille exempte de troubles pondéraux, ce n'est pas l'obésité en elle-même qui, en toute honnêteté, a déclenché mon intérêt initial mais plutôt les troubles des conduites alimentaires, dont elle est, la plupart du temps, la conséquence. Cet intérêt s'est construit avec les enseignements reçus en troisième année de licence de psychologie et lors d'un stage durant cette même année, au service de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Nancy auprès d'adolescents souffrant d'anorexie mentale. C'est en master que j'ai approché plus spécifiquement l'obésité et ses troubles apparentés. Je me suis alors posé deux questions : quelles sont les causes présidant à la survenue de troubles alimentaires ? Comment la nourriture peut-elle devenir une source de souffrances plutôt que de plaisir ?

En effet, l'alimentation est pour moi, synonyme de plaisir. Un plaisir qui, partagé, rassemble les membres d'une famille et trouve sa place dans l'intergénérationnel. Cela commence par le choix des aliments : ceux qui seront cultivés et cueillis, puis grillés, cuits, et assaisonnés, pour aboutir à un succulent met. Puis, arrive le moment tant attendu du partage, convivial et couplé à l'évocation, tous ensemble, de nos états d'âme et surtout de nos joies...

Ma recherche s'est inscrite dans le cadre d'un partenariat scientifique interdisciplinaire au sein de l'Université de Lorraine entre le laboratoire INTERPSY, avec ma co-directrice de thèse Joëlle Lighezzolo-Alnot, professeur de psychologie clinique et pathologique, et le laboratoire de nutrition et maladies métaboliques de la faculté de médecine avec mon co-

directeur de thèse Olivier Ziegler, professeur de nutrition. Cette collaboration interdisciplinaire, outre sa grande pertinence scientifique pour ma problématique de recherche, s'est par ailleurs incarnée dans le co-financement de mon contrat doctoral (région/faculté de médecine), m'offrant ainsi des conditions favorables à la réalisation de ma thèse. Accueilli au sein de l'Unité Multidisciplinaire de la Chirurgie de l'Obésité (UMCO) du CHRU de Nancy, j'ai ainsi pu m'intégrer au mieux au sein de l'équipe et des parcours de soin. D'ores et déjà, des prolongements à ma recherche sont prévus, sous la forme d'un prochain accueil post-doctoral.

Désireux de poursuivre une carrière universitaire, je porte aujourd'hui un regard enrichi sur ma discipline étant donné le dialogue engagé entre la recherche en psychologie et le travail de psychologue clinicien effectué dans le respect de la subjectivité des patients. Il m'importe de considérer les implications thérapeutiques et sociétales de l'obésité, et de contribuer, par la recherche, à en modifier les représentations sociales. En effet, de nombreux préjugés circulent dans la société cultivant par ailleurs, les injonctions paradoxales entre surabondance alimentaire et pression à la consommation, et des slogans publicitaires faisant l'apologie d'un idéal de minceur...

Chacun de nous, derrière le mot/maux "obésité", appose une signification particulière et des explications plus ou moins scientifiques. Or, trop souvent encore, le sujet en situation d'obésité se retrouve oublié, caché et confondu avec sa maladie. À cet égard, mon objectif est aussi de contribuer à offrir au patient sévèrement obèse, une place de sujet, pour repositionner sa maladie et ses symptômes au sein de sa propre subjectivité.

## **2. Intérêt scientifique**

Aujourd'hui, touchant en France presque une personne sur deux, le surpoids et l'obésité sont, devenus de véritables problèmes mondiaux de santé publique, (Matta et al., 2016). En effet, comme nous le verrons, la prévalence de l'obésité ne cesse d'augmenter malgré d'importants efforts en matière de prévention. Actuellement, face à cette maladie chronique difficile à soigner, aucune prise en charge ne permet de réelle "guérison" sur le long terme. De nos jours, si la chirurgie bariatrique, souvent considérée comme le dernier recours, est actuellement le traitement le plus efficace (Phan et al., 2009), une reprise de poids reste néanmoins possible après quelques années (Kofman, Lent, & Swencionis, 2010; Lighezzolo & Blanchouin, 2004), notamment lors d'événements de vie difficiles (Cadoz, 2012; Peterhänsel, Petroff, Klinitzke, Kersting, & Wagner, 2013). Peu de facteurs pronostiques ont pour l'instant

été réellement identifiés, mais la réapparition des troubles des conduites alimentaires, fréquemment préexistants, est souvent en cause (Meany, Conceição, & Mitchell, 2014). Effectivement, il est difficile de réaliser des études sur l'obésité massive au vu de son origine plurifactorielle (biologique, environnementale, psychologique et comportementale) et de sa chronicité. De ce fait, ces déterminants nécessitent une expertise approfondie sur le long terme à travers l'écoute professionnelle et l'expérience d'une équipe pluridisciplinaire qualifiée. C'est sur la base de cet objectif que se sont constitués les Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO), garants d'une prise en charge optimale de l'obésité sévère et multicompliquée. Répartis sur l'ensemble du territoire français, ces centres spécialisés proposent des dispositifs thérapeutiques selon les recommandations nationales et internationales, structurent une offre de soin adaptée aux contextes régionaux, et dispensent des enseignements de façon à être à l'avant-garde de l'innovation à travers la recherche.

Le CSO de Nancy, dont l'influence sur le plan national est particulièrement reconnue, s'est investi dans l'ensemble de ces missions et notamment dans la recherche. Ainsi, face à un double constat, d'une part, que les approches thérapeutiques basées sur la diététique, l'activité physique et quelques mesures comportementales montraient leurs limites. D'autre part, une faiblesse dans les connaissances en psychologie. Il s'est engagé, depuis plusieurs années maintenant, dans des recherches innovantes sur les déterminants psychologiques de l'obésité, avec par exemple une étude rétrospective de l'équipe du CHRU de Nancy portant sur 767 patients en demande de chirurgie bariatrique (Quenot, Kahn, Sibertin-Blanc, Quilliot, & Witkowski, 2012), ou encore, plus récemment, dans cette présente recherche longitudinale. Toutefois, bien qu'une grande majorité des déterminants et conséquences psychologiques de l'obésité soit pourtant reconnue aujourd'hui, ces connaissances ne sont pas, à notre avis, suffisamment réunies dans une conceptualisation opérante. Ainsi, notre recherche propose une modélisation alliant l'approche psychosomatique et le concept de résilience, en établissant un lien entre obésité, antécédents d'événements de vie difficiles et traumatiques, troubles des conduites alimentaires, et autres psychopathologies (addictions, anxiété, dépression, tentatives de suicide, etc.). Une telle conceptualisation vise à appréhender plus aisément les causes et les conséquences d'un échec de la chirurgie bariatrique, d'un point de vue psychologique, notamment en proposant une contextualisation subjectivante face à la reprise pondérale et à l'augmentation de la prévalence des psychopathologies post-opératoires.

### **3. Problématique générale**

L'obésité étant par essence une maladie chronique évolutive, le recours à une approche méthodologique longitudinale nous est apparu indispensable. En effet, la prise en compte d'une temporalité favorise la compréhension de l'évolution des processus en œuvre dans l'obésité, et notamment dans la période péri-chirurgicale où l'on constate des réaménagements psychiques importants. Le parcours de préparation à la chirurgie bariatrique a été conçu par le CHRU de Nancy dans le but de faciliter cette transition entre les vies antérieure et postérieure à l'opération. Cependant, à l'heure actuelle, aucune étude n'a évalué cette préparation à la chirurgie qui semble apporter des bénéfices aux patients, notamment sur un plan psychologique. Il nous a semblé nécessaire d'apprécier et d'analyser la contribution de ce parcours pré-chirurgical à la reconstruction psychique des patients, notamment car il peut favoriser une expression des affects par la voie mentale et limiter leurs expressions psychosomatiques.

Préalablement à l'exposé de cette démarche évaluative, le cadre théorico-clinique que nous avançons permettra tout d'abord, de préciser le contexte et les enjeux cliniques dans la problématique de l'obésité. Nous nous intéresserons ensuite à la place des psychopathologies et des événements de vie difficiles et traumatiques présents chez les sujets en situation d'obésité sévère. Enfin, nous proposerons une théorisation conjuguant le modèle psychosomatique et le concept de résilience, avant de formuler nos hypothèses générales. Ce cadre une fois posé, nous présenterons et argumenterons nos choix méthodologiques, avant d'analyser nos résultats, et de conclure sur les perspectives entrevues à l'issue de notre recherche.

# CADRE THEORIQUE

## 1. L'obésité : contexte et enjeux cliniques

Avant de nous centrer sur notre problématique, nous contextualiserons et situerons l'obésité dans ses composantes épidémiologiques, étiologiques et cliniques. En effet, il n'existe pas une seule et unique obésité, mais bel et bien une multitude de situations d'obésité qui sont toutes ancrées dans un contexte multifactoriel. De ce fait, cette contextualisation inscrit notre recherche dans une approche pluridisciplinaire.

### 1.1. L'obésité : un problème de santé publique

#### 1.1.1. Définition

L'obésité est définie comme « un excès de masse grasse qui entraîne des inconvénients pour la santé » (Basdevant, 2011).

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) permet d'estimer la corpulence d'une personne. Il est calculé grâce à la formule suivante : poids (en Kg) / taille (en m) <sup>2</sup>. Son résultat indique une obésité lorsqu'il est supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup> et permet de répertorier différentes catégories pondérales :

| Catégorie pondérale | IMC (Kg/m <sup>2</sup> ) |
|---------------------|--------------------------|
| Maigreur            | Inférieur à 18,5         |
| Poids « normal »    | Entre 18,5 et 25         |
| Surpoids            | Entre 25 et 30           |
| Obésité (Classe 1)  | Entre 30 et 35           |
| Obésité (Classe 2)  | Entre 35 et 40           |
| Obésité (Classe 3)  | Supérieur à 40           |

Néanmoins, cette définition de l'IMC possède quelques limites puisqu'elle « ne prend pas en compte d'autres éléments, comme l'âge de constitution de l'obésité et son ancienneté, la composition corporelle, la répartition du tissu adipeux » (Basdevant, 2011). Par exemple, une personne très sportive peut être considérée comme obèse selon le critère de l'IMC alors qu'elle ne présente que très peu de masse grasseuse. De ce fait, ce diagnostic nécessite d'être affiné au cas par cas. En ce sens, il est possible de réaliser une DEXA (Dual Energy X-Ray Absorptiometry) une « méthode non invasive d'analyse de la composition corporelle [...] de trois compartiments corporels que sont la masse grasse, la masse maigre et le contenu minéral osseux » (Basdevant, 2011). Cet examen identifie également le type d'obésité :

- **Androïde** : la masse grasseuse se répartit plutôt au niveau de l'abdomen et du haut du corps. Ainsi, le corps dessine une forme de "pomme" (Figure 1).
- **Gynoïde** : la masse grasseuse se répartit plutôt au niveau des fesses et des cuisses. Ainsi, le corps dessine une forme de "poire" (Figure 1).
- **Mixte** : l'obésité androïde et gynoïde sont confondues.

*Figure 1 : Obésité androïde et gynoïde*



Cette répartition de la masse grasseuse diffère selon le sexe de la personne. En effet, chez les femmes, la graisse s'accumule davantage au niveau des cuisses et des fesses, donnant plutôt une obésité gynoïde. Au contraire, chez les hommes, la graisse se localise plus fréquemment au niveau du thorax et de l'abdomen, caractérisant ainsi une obésité androïde.

### 1.1.2. Epidémiologie

Depuis plusieurs décennies, la prévalence du surpoids et de l'obésité croît dans le monde et touche aussi bien les pays développés que ceux en développement. Cette évolution est souvent considérée comme pandémique (Jacobi, Buzelé, & Couet, 2010). Une revue récente de la littérature internationale sur le surpoids et l'obésité estime que, dans le monde, le nombre de personnes ayant un IMC supérieur à 25 kg/m<sup>2</sup> est passé de 857 millions en 1980, à plus de 2,1 milliards en 2013, représentant une prévalence d'environ 27 % (Ng et al., 2014). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la prévalence mondiale de l'obésité serait ainsi de 13 % (WHO, 2016).

Dans ce contexte international, la France n'est pas épargnée malgré le constat d'une évolution plus faible comparativement aux autres pays développés. Effectivement, la prévalence de l'obésité est respectivement de 15,8 % et 15,6 % pour les hommes et les femmes. Cela représente près de 6,9 millions de français atteints par cette maladie (Matta et al., 2016). Dans cette étude, il apparaît que « la relation entre le revenu et l'obésité est inversement proportionnelle » (Matta et al., 2016). De plus, elle partage ce constat avec l'étude OBEPI de 2012 qui établissait également une relation inversement proportionnelle entre l'obésité et le niveau d'étude, mais aussi une disparité entre les catégories socio-professionnelles (Eschwege, Charles, & Basdevant, 2013).

Face à cette problématique mondiale, aucun pays n'a jusqu'alors réussi à lutter efficacement contre l'obésité (Ng et al., 2014). Ce constat montre alors l'importance de la mise en place de recherches interdisciplinaires. À terme, celles-ci permettront d'appréhender l'ensemble des facteurs en jeu dans l'évolution de cette maladie chronique, afin d'améliorer les campagnes de prévention, mais surtout les programmes thérapeutiques déjà proposés aux patients en situation d'obésité.

### 1.1.3. Etiologie

Les déterminants de l'obésité se répartissent en trois grands registres (Basdevant, 2011)

:

- **Biologiques** : génétiques, épigénétiques, métaboliques, hormonaux, pharmacologiques ou autres.
- **Environnementaux au sens large**

- **Psychologiques et comportementaux**

Toutes les obésités oscillent entre les formes génétiques pures et celles comportementales ou environnementales où « toutes les situations se rencontrent, mais la règle est une interaction de facteurs environnementaux, comportementaux et biologiques » (Basdevant, 2011).

### 1.1.3.1. Les déterminants biologiques

Les déterminants biologiques se répartissent en plusieurs catégories : génétiques et épigénétiques, métaboliques, hormonaux et pharmacologiques.

Les déterminants génétiques sont de plusieurs types en fonction de la part de leur implication dans l'obésité :

- **Les obésités syndromiques** sont « l'une des constellations de nombreux symptômes d'ordres endocriniens neurosensoriel, comportemental et de développement » (Basdevant, 2011). Les syndromes les plus souvent évoqués sont ceux de Prader Willi, de Cohen, de Börjesson-Forsman-Lehman, de Alström, et de Bardet-Biedl (Basdevant, 2011; Chirila, Gaborit, Morange, Dutour, & Boullu-Ciocca, 2010).
- **Les obésités monogéniques** résultent d'anomalies géniques affectant les facteurs clés de la régulation du poids. Celles-ci ne s'exprimeront que dans un environnement favorable à leur expression. Les gènes régulièrement évoqués sont : « BDNF, ETV5, FAIM2, FTO, GNPDA2, KCTD15, MC4R, MTCH2, NEGR1, SEC16B, SH2B1, et TMEM18 » (De, Hu, Moore, & Gilbert-Diamond, 2015). Parmi ceux-ci, le gène MC4R est le plus impliqué dans l'obésité (De et al., 2015), et concerne entre 0,5 et 4 % des sujets en surpoids ou en obésité (Chirila et al., 2010).
- **Les obésités communes polygéniques** où plusieurs gènes sont impliqués et « dont chacun a une faible influence sur la constitution du phénotype » (Basdevant, 2011). Cette multiplicité des facteurs génétiques est en interaction étroite avec l'environnement et le mode de vie (Basdevant, 2011; Chirila et al., 2010).



Quant à elle, **les obésités épigénétiques** sont provoquées par la capacité facilitée de stockage d'énergie des individus. Celle-ci était considérée comme « un trait favorable qui a permis à l'humanité de survivre à des périodes critiques, elle s'est retournée contre l'homme moderne depuis la révolution industrielle » (Basdevant, 2011). Ici, c'est donc la transmission intergénérationnelle d'une physiologie favorable au stockage pondéral qui est incriminé.

Ces déterminants génétiques et épigénétiques sont régulièrement rapportés par les patients lors des entretiens : « de toute façon, toute ma famille est obèse, c'est génétique ». Cependant, ces facteurs ne justifieraient que « 5 à 40 % des différences interindividuelles » (Pérusse, 2004). De plus, ils n'expliquent pas « la spectaculaire progression de la prévalence de la maladie sous l'influence de facteurs comportementaux, sociaux et économiques » (Basdevant, 2011).

Les facteurs hormonaux font également partie des déterminants biologiques qui sont régulièrement évoqués. Parmi les hormones les plus connues, nous pouvons citer les :

- **Hypothalamiques** où les obésités sont alors dues à « une déviation pathologique ou pathogène des réserves énergétiques » causée par une dérégulation de l'hypothalamus (Basdevant, 2011).
- **Thyroïdiens** qui sont relatifs à l'impact des hormones thyroïdiennes sur la composition corporelle et les paramètres du métabolisme énergétiques. En effet, elles jouent un « rôle capital dans la régulation de la conversion de l'énergie contenue dans les aliments » (Basdevant, 2011).

D'autres déterminants biologiques trouvent leur source sur le plan pharmacologique. En effet, certains médicaments ont des effets secondaires engendrant une prise de poids chez les patients. Ces médicaments obésogènes peuvent influencer le comportement alimentaire et agir sur des phénomènes d'anabolisme et de stockage énergétique (Basdevant, 2011). Les médicaments régulièrement mis en cause sont les psychotropes (antipsychotiques, antidépresseurs, antimigraineux, thymorégulateurs et antiépileptiques), les antidiabétiques, les glucocorticoïdes, les oestroprogestatifs, les antirétroviraux, les chimiothérapies anticancéreuses, les antihypertenseurs et les antihistaminiques. Cette influence pharmacologique peut ainsi justifier « le début ou des phases d'accélération de l'acquisition pondérale », bien qu'il soit avéré que « les obésités purement iatrogéniques restent rares » (Basdevant, 2011).

Ces déterminants biologiques apparaissent nettement comme autant de facteurs importants dans la constitution d'une obésité. Cependant, ceux-ci ne sont que très rarement entièrement responsables de son évolution, ce qui nécessite une exploration des déterminants environnementaux, comportementaux et psychologiques.

### **1.1.3.2. Les déterminants environnementaux**

Il apparaît que la prévalence et l'incidence des obésités dépendent étroitement des déterminants socioculturels et économiques. Comme souligné précédemment, il est aujourd'hui admis qu'il existe une relation inverse entre le niveau de formation, le revenu, la catégorie socioprofessionnelle et la prévalence de l'obésité, mais aussi une différence entre les pays développés et ceux en développement. En effet, pour ces derniers « les obèses se rencontrent plutôt sur le haut de l'échelle sociale » car pour eux « la disponibilité alimentaire est plus grande » (Basdevant, 2011). Pour les premiers, « les obèses se retrouvent plus dans les couches populaires » (Basdevant, 2011). Ici, il apparaît très distinctement que l'industrialisation mondiale du XX<sup>ème</sup> siècle a modifié les problématiques nutritionnelles passant de la rareté à l'abondance alimentaire. La "malbouffe" prend alors son essor sous l'impulsion de grands groupes industriels, de la grande distribution, et de nouveaux modes de consommation telle que la restauration rapide (Gojard, Lhuissier, & Régnier, 2010). Ainsi, les études établissent des liens entre "malbouffe" et obésité, sans pour autant démontrer l'aspect inverse, c'est-à-dire une prévalence moindre de l'obésité dans les régions sans "malbouffe" (Vanasse, Demers, Hemiari, & Courteau, 2007).

Dans cette même période, l'émergence d'une société sédentaire a été observée. La sédentarité correspond à « l'ensemble des comportements au cours desquels la position assise ou couchée est dominante et la dépense énergétique est très faible, voire nulle » (Basdevant, 2011). 57,5 % des adultes français seraient sédentaires, représentant un temps moyen de sédentarité de sept heures par jour (Basdevant, 2011). Cette diminution des dépenses énergétiques accroît d'autant plus le déséquilibre énergétique entre calories consommées et dépensées (OMS, 2016). Ainsi, la sédentarité devient un facteur important dans l'augmentation pondérale des sujets en situation d'obésité.

D'autres déterminants environnementaux favorisent le développement d'une obésité comme le tabac, les polluants, les perturbateurs endocriniens, etc. Cependant, ces facteurs ne rendent pas compte des différences interindividuelles observées dans une population partageant

un environnement similaire, c'est pourquoi nous allons désormais explorer les déterminants comportementaux et psychologiques.

### 1.1.3.3. Les déterminants comportementaux et psychologiques

Bien que les déterminants comportementaux et psychologiques aient été mis « un temps au second plan par rapport aux problèmes somatiques », il est maintenant admis qu'ils « occupent une place centrale » (Basdevant, 2011).

Les premières hypothèses postulaient la présence d'une problématique du stade oral chez les personnes en situation d'obésité (Masling, Rabie, & Blondheim, 1967). Cependant, les études portant sur la recherche de traits de caractère oraux marquant l'existence d'une fixation (passivité, dépendance, immaturité, etc.), n'ont pu mettre en évidence de telles personnalités. Au contraire, c'est une diversité des traits de caractère et de leurs déterminants qui a été soulignée (Masling et al., 1967).

Dans un deuxième temps, les travaux présentés par Bruch distinguent deux types d'obésités liés à des difficultés psychologiques (Bruch, 1978) :

- **De développement** : elle se caractérise par une association aux troubles de la personnalité ou émotionnels et une incapacité à différencier les affects, des besoins physiologiques. Ce défaut de reconnaissance s'élaborerait dans la relation avec la mère dès la prime enfance. Pour cette psychanalyste, cette obésité naitrait de l'incapacité de la mère à identifier, comprendre et répondre adéquatement aux affects exprimés par son enfant. Cette dernière privilégierait davantage l'alimentation comme principale réponse aux sollicitations et empêcherait de ce fait, une construction psychique permettant à l'enfant de dissocier ses sensations corporelles de ses affects.
- **Réactionnelle** : elle se développerait à la suite d'une situation de traumatisme émotionnel. Ce dernier est variable et va de la peur d'être abandonné, à l'expérience traumatique de la faim, en passant par les décès, ou les séparations parentales.

En parallèle, les travaux de Schachter appuyés sur la théorie de l'externalité ont amené l'idée que les personnes en situation d'obésité auraient une sensibilité plus importante aux stimulations externes qu'aux stimulations internes (Schachter, 1968). De ce fait, les sujets en

situation d'obésité ressentiraient avec moins d'intensité les sensations de faim que les propositions de nourriture faites par l'environnement familial ou social, l'odeur ou la vue des aliments. Ainsi, ces patients présenteraient une plus grande propension à consommer de la nourriture.

Enfin, la théorie développée par Pierre Marty a contribué à inclure l'obésité dans les maladies psychosomatiques (Marty, 1991). Nous l'évoquerons ici brièvement, puisque celle-ci sera présentée plus précisément ultérieurement. De manière générale, elle part de l'hypothèse selon laquelle, les sujets en situation d'obésité souffriraient d'une difficulté de mentalisation des affects et trouveraient consécutivement dans l'acte alimentaire, l'échappatoire permettant la libération de l'énergie pulsionnelle.

Bien que variées, les explications biologiques, environnementales, comportementales et psychologiques apportent des éléments de compréhension. En ce sens, l'obésité ne relève pas que d'une seule causalité, car en réalité, il s'agit d'un désordre hétérogène relevant d'étiologies diverses et qui présente des conséquences tout aussi variables selon les sujets.

## **1.2. Les conséquences de l'obésité**

Les complications et conséquences de l'obésité sont nombreuses. Nous les regrouperons selon quatre axes : les conséquences fonctionnelles, les conséquences sociales, les conséquences psychologiques et les complications somatiques.

### **1.2.1. Les conséquences fonctionnelles**

Les difficultés sur le plan fonctionnel sont régulièrement les premières conséquences négatives évoquées par les patients. Souvent à l'origine de la demande de soin, elles sont d'autant plus impactantes qu'elles touchent à la vie quotidienne. L'obésité devient un obstacle pour bouger, se déplacer, réaliser les tâches journalières comme se laver, s'habiller, faire le ménage ou s'occuper de ses enfants. Cette difficulté à se mouvoir est souvent liée aux nombreuses douleurs ostéoarticulaires des membres porteurs. En effet, près de 60 % des personnes en situation d'obésité se plaignent de douleurs musculosquelettiques (Lecerf, Reitz, & de Chasteigner, 2003). Lorsque les douleurs sont peu limitatives, c'est l'épuisement par la survenue d'un essoufflement rapide, qui devient le facteur limitant l'exercice physique.

Ces conséquences fonctionnelles contribuent à la diminution des activités physiques favorisant un déséquilibre énergétique déjà défavorable, et concourant à un développement accéléré et massif de l'obésité.

### **1.2.2. Les complications somatiques**

Les complications somatiques repérées lors des bilans médicaux sont nombreuses : respiratoires, veineuses, cardiovasculaires, rénales, cutanées, odontologiques, hypertensions artérielles, dyslipidémies, cancers, stéatohépatite métabolique, etc. (Basdevant, 2011). Ici, nous ne détaillerons pas l'ensemble de ces complications, mais soulignerons uniquement l'importance qu'elles puissent être diagnostiquées au plus tôt, afin de limiter leurs répercussions. L'obésité est donc un facteur majeur participant au développement de nouvelles maladies. Ce tableau contribue alors à une baisse significative de l'espérance et de la qualité de vie des sujets.

Désormais, il est admis qu'une perte pondérale de 5 à 10 % du poids initial conduise à « un bénéfice à court ou moyen terme [...] sur presque toutes les comorbidités associées à l'obésité » (Basdevant, 2011). Face à ces arguments, l'absence de prise en charge efficace pour tous à court, moyen et long termes est un réel problème de santé publique, qui sous-tend l'importance d'une réflexion interdisciplinaire.

### **1.2.3. Les conséquences sociales**

Les conséquences sociales de l'obésité retentissent aussi bien sur le sujet en situation d'obésité que sur la société. Tout d'abord, nous pouvons souligner le poids du regard porté par les autres sur cette maladie et notamment sur ses stigmatisations. « Par stigmatisation, nous signifions le rejet et la disgrâce qui sont associés à ce qui est vu (l'obésité) comme une déformation physique et une aberration comportementale » (Cahnman, 1968). Celles-ci apparaissent précocement et infiltrent les représentations des enfants dès l'âge de trois ans (Cramer & Steinwert, 1998). De plus, il est fréquent d'entendre dans le discours de patients, des histoires de vie empreintes de moqueries, de harcèlements et de discriminations. Le personnel soignant, lui aussi, n'est pas exempt de ces représentations stéréotypées puisque, selon une étude de 2004, 78 % des personnes en situation d'obésité en préopératoire estimaient avoir subi des réflexions désobligeantes de la part des soignants en raison de leur excès pondéral (Schwartz & Brownell, 2004). De surcroît, il apparaît que ce phénomène rend plus difficile l'accès des personnes en situation d'obésité aux études supérieures, aux emplois fortement

convoités, et à un statut social élevé (Amadiou, 2005; Basdevant, 2011; Berdah, 2010). L'ensemble de ces éléments va inévitablement impacter et/ou accentuer les problématiques d'estime de soi, mais aussi renforcer les stéréotypes négatifs. Ainsi, les personnes en situation d'obésité sont perçues comme plus anxieuses, plus émotives, peu tolérantes, peu persévérantes et peu dynamiques (Saint Pol, 2010).

Outre ce regard négatif de la société sur le sujet en situation d'obésité, l'une de ses autres conséquences sociales se situe sur un plan économique. En effet, l'ensemble des complications somatiques évoquées précédemment entraîne un surcoût au niveau des dépenses de soins. Peu d'études ont évalué cet impact économique de l'obésité en France. En 1992, son coût estimé avoisinait 12,5 milliards de francs, représentant 2 à 5 % des dépenses de soin (Lévy, Lévy, Le Pen, & Basdevant, 1995). La dernière étude en date a estimé que le coût total annuel de l'obésité se situerait entre 2,1 et 6,2 milliards d'euros, soit entre 1,5 et 4,6 % de la dépense courante de santé en 2002 (Emery et al., 2007), entraînant un surcoût comparable à celui des autres pays européens (Basdevant, 2011).

#### **1.2.4. Les conséquences psychologiques**

Actuellement, la détérioration de la qualité de vie chez les sujets en situation d'obésité est un fait avéré. Celle-ci s'exprime dans les dimensions physique, sociale, économique et psychologique. D'un point de vue psychologique, les difficultés les plus souvent rapportées sont « une perte de confiance en soi, une perte d'estime de soi, et une tendance au repli sur soi ». De plus, « l'isolement, voire l'exclusion en est l'une des premières conséquences » (Basdevant, 2011). L'insatisfaction corporelle est, elle, l'une des plus grandes motivations dans le désir de perte de poids. Celle-ci se construit au fur et à mesure de l'augmentation pondérale (Claudon, Roché-Bauchet, Guirkingner, Lighezzolo-Alnot, & Ziegler, 2012; Sudres et al., 2013) et entraîne régulièrement une forte diminution de l'estime de soi sur le long terme (Schiltz & Brytek-Matera, 2013). Les sentiments de honte et de culpabilité sont également prégnants (Westermann, Rief, Euteneuer, & Kohlmann, 2015) et conduisent à un désir de reconnaissance et d'acceptation, c'est-à-dire au souhait d'être identifié comme individu "normal" au sein de la société (Schiltz & Brytek-Matera, 2013).

D'ailleurs, nous émettons l'hypothèse que :

- **Conformément à la littérature, la qualité de vie de nos sujets en situation d'obésité sévère ou massive est altérée.**

La littérature évoque aussi un nombre important de psychopathologies chez cette population. Cependant, il est difficile d'identifier si cette maladie en est à l'origine ou bien, si ces symptômes sont l'expression d'une difficulté bien plus ancienne.

### **1.3. Les psychopathologies associées à l'obésité**

Tantôt identifiées comme des problématiques ayant une origine similaire, tantôt considérées comme des conséquences de l'obésité, les psychopathologies associées sont diverses : troubles alimentaires, addictions, anxiété, dépression, tentatives de suicide ou encore troubles de stress post-traumatique (TSPT).

#### **1.3.1. Les troubles des conduites alimentaires**

##### **1.3.1.1. Quelques définitions**

Les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) sont caractérisés par le manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux 5<sup>ème</sup> version (DSM-5), comme « des perturbations persistantes de l'alimentation ou du comportement alimentaire entraînant un mode de consommation pathologique ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social » (American Psychiatric Association, 2015). Le DSM-5 précise que l'obésité n'est pas un trouble mental, et que, par conséquent, il n'est pas considéré comme un TCA. Néanmoins, « l'obésité (excès de graisse corporelle) résulte, sur le long terme, d'un excès d'apport par rapport aux dépenses énergétiques » (American Psychiatric Association, 2015) causé en partie par la présence de TCA.

De plus, les sujets en situation d'obésité présentent régulièrement des TCA. Tout d'abord, le Binge Eating Disorder (BED), ou accès hyperphagique selon le DSM-5, se caractérise par la survenue de glotonneries au moins une fois par semaine pendant trois mois. Par glotonneries, nous entendons « absorption en une période limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des individus absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances » (American Psychiatric Association, 2015). Cet acte doit être associé à un sentiment de perte de contrôle, c'est-à-dire « l'incapacité à se retenir ou à arrêter de manger après avoir commencé » (American Psychiatric Association, 2015). De plus, cet accès est lié à une détresse intense et peut présenter les caractéristiques suivantes : manger plus rapidement qu'à la normale, éprouver une distension abdominale après

la crise, manger en l'absence de sensation physique de faim, s'isoler ou être gêné, et se sentir dégoûté de soi-même, déprimé, coupable ou honteux après la crise (American Psychiatric Association, 2015). Une fois le BED diagnostiqué, il est possible d'évaluer sa sévérité en fonction de sa fréquence, variant de légère à extrême. Dans le champ des BED, nous différencions le BED en dehors des repas, du BED prandial qui est un accès hyperphagique avec les critères du BED, mais à l'occasion d'un repas habituel. Dans ce cas, le sujet consomme son « repas prévu, mais perd le contrôle à la fin du repas, le sujet devant lutter pour s'arrêter de manger » (Ziegler, Mathieu, Böhme, & Witkowski, 2017). Enfin, le DSM-5 propose la définition du BED en évoquant les notions de rémissions partielle et totale. La première fait référence aux patients ayant une histoire de BED typique, et présentant l'ensemble des critères du BED à une fréquence inférieure à une fois par semaine. La seconde, est identifiée lorsqu'aucun critère du BED n'est rempli depuis une période prolongée.

La boulimie, elle, se différencie du BED principalement par la présence d'un comportement compensateur, dit de « purge » comme la restriction alimentaire, les vomissements, le sport intensif, ou la prise de laxatif (American Psychiatric Association, 2015).

Le Night Eating Syndrome (NES), lui, peut être considéré comme une variante du BED, à la différence que les épisodes se déroulent uniquement après un réveil nocturne ou après le repas du soir, additionné à une absence de BED le jour (Ziegler et al., 2017).

Enfin, le grignotage intense ou "grazing" en anglais se définit par un grignotage avec une perte de contrôle durant plusieurs heures. Il conduit à l'ingestion d'une quantité importante d'aliments et à une souffrance psychique conséquente (Ziegler et al., 2017).

Juxtaposés aux TCA compulsifs, les TCA non compulsifs sont de deux types : l'hyperphagie prandiale et les grignotages. L'hyperphagie se caractérise par l'ingestion de « gros repas riches en calories » dans le déni des sensations physiques de faim, de satiété et de rassasiement, sans pour autant observer de retentissement d'ordre psychique (Ziegler et al., 2017). Ce comportement s'exécute sans aucune perte de contrôle, contrairement aux BED prandiaux. Enfin, les grignotages, à différencier du "grazing", sont considérés comme une prise répétée de petites quantités d'aliments, non déclenchée par la faim, mais souvent par l'ennui (Ziegler et al., 2017).



### **1.3.1.2. L'obésité et les troubles des conduites alimentaires**

La prévalence du BED sur douze mois dans la population adulte, aux États-Unis, est de 1,6 % pour les femmes et 0,8 % pour les hommes (American Psychiatric Association, 2015). Élargi à la vie entière elle « est comprise, chez les femmes, entre 1,9 % en Europe et 3,5 % aux États-Unis et, chez les hommes, entre 0,3 % et 2 % respectivement » (Ziegler et al., 2017). Le DSM-5 constate que ce trouble est plus fréquent dans la population en surpoids que dans la population générale (American Psychiatric Association, 2015). En France, ce fait se vérifie puisque le BED concerne 0,7 % des femmes dans la population générale, contre 9 à 15 % chez celles consultant pour surpoids (Basdevant et al., 1995). Pour ces dernières, il apparaît aujourd'hui que ces chiffres sont supérieurs à 20 %, voire supérieurs à 30 % chez les patients candidats à une chirurgie bariatrique (de 2 % à plus de 50 %) (Ziegler et al., 2017).

La prévalence de la boulimie chez les sujets en situation d'obésité avant chirurgie bariatrique est, elle, de 2 % (Mitchell et al., 2015). Celle-ci est proche de celle de la population générale (de 1 à 1,5 %) (American Psychiatric Association, 2015) et s'explique probablement par la présence d'un ou plusieurs comportement(s) purgatif(s), agissant comme un facteur compensant la prise de poids.

Le NES, lui aussi, est un TCA fortement prévalent dans la population en demande de chirurgie. Effectivement, les études évoquent un pourcentage compris entre 2 et 20 % (Mitchell et al., 2015; Zwaan, Marschollek, & Allison, 2015).

Les TCA compulsifs ont ainsi une prévalence très importante dans cette population. En effet, ils sont identifiés dans 31,2 % à 78,5 % des cas selon les études (He, Cai, & Fan, 2017; Mitchell et al., 2015; Quenot et al., 2012).

Les TCA non compulsifs quant à eux, sont également présents dans cette population. Ils sont diagnostiqués chez respectivement 80,3 % et 69,8 % des hommes et des femmes (Quenot et al., 2012). Dans cette étude, l'hyperphagie concerne 69,4 % des hommes et 51,5 % des femmes. Quant aux grignotages, leur prévalence est respectivement de 35 % et 39,3 % pour les hommes et les femmes (Quenot et al., 2012).

En conclusion, la quasi-totalité des sujets en demande de chirurgie bariatrique a des antécédents de TCA. Qu'ils soient compulsifs ou non, ceux-ci sont présents chez 89,8 % des hommes et 94,9 % des femmes (Quenot et al., 2012) et se rapportent aux addictions.

L'ensemble de ces prévalences nous invite donc à formuler notre seconde hypothèse :

- **Au regard de la littérature scientifique, nous posons l'existence de TCA actuels ou passés dans la vie des sujets en situation d'obésité sévère ou massive.**

### **1.3.2. Les addictions**

#### **1.3.2.1. Définition**

Les addictions sont soit liées à des substances, soit non liées. Les premières se regroupent en dix classes de substances : « alcool, caféine, cannabis, hallucinogènes (...), substances inhalées, opiacés, sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques, stimulants, tabac et substances autres » (American Psychiatric Association, 2015). Les secondes, dites addictions comportementales, concernent les problèmes de jeux sur internet et d'argent, les addictions au sexe, à l'exercice physique, ou encore aux achats. Les troubles addictifs se caractérisent par des symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet réitère la consommation de la substance ou de son comportement, et ce, malgré des problèmes significatifs corrélés (American Psychiatric Association, 2015).

#### **1.3.2.2. Obésité et addictions**

La population en situation d'obésité est fréquemment concernée par l'existence d'addictions. Par exemple, celle au tabac est de 13,36 % (Marín-Navarrete, Quintero, Correas-Lauffer, Cortés-Ramírez, & Villalobos-Gallegos, 2016). Cette consommation débute régulièrement dès l'adolescence, et touche d'autant plus les adolescents en surpoids car ils présentent un risque 2,82 (1,59–5,01) fois plus élevé que ceux normo pondéraux (Mies et al., 2017).

Concernant les comportements alcooliques, ceux-ci affectent 2,10 (1,03-4,29) fois plus les adolescents en surpoids que ceux normo pondéraux (Mies et al., 2017). Ce constat se retrouve aussi dans la population adulte en demande de chirurgie bariatrique, où ceux-ci présentent un risque 1,13 (1,00 - 1,27) fois plus important que la population globale (Backman, Stockeld, Rasmussen, Näslund, & Marsk, 2016).

La consommation de drogue est de 0,78 % (Marín-Navarrete et al., 2016) dans la population en situation d'obésité. Le risque d'abus de substances pour les sujets pré-chirurgicaux est de 1,80 (1,56 - 2,06) fois plus élevé que dans la population générale (Backman et al., 2016). Ce risque est réel chez les adolescents en surpoids puisqu'il est 3,16 (1,75-5,70) fois plus important que chez les normo pondéraux (Mies et al., 2017).

L'ensemble des tableaux addictifs peut être diagnostiqué chez les sujets en situation d'obésité. Cependant, ceux cités sont ceux les plus régulièrement soulignés par les études. Ces addictions ne sont pas les seules psychopathologies liées à l'obésité puisque, comme évoqués, l'anxiété, les dépressions et les tentatives de suicide sont aussi concernées.

### **1.3.3. Anxiété, dépressions et tentatives de suicide**

#### **1.3.3.1. Définition**

Le DSM-5 différencie les notions de peur et d'anxiété. La première est une « réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue [...] associée à des poussées d'hyperactivité neurovégétative nécessaires pour fuir ou combattre, évaluer le danger immédiat et permettre les conduites d'échappement ». La seconde, quant à elle, est « l'anticipation d'une menace future [...] associée à une tension musculaire et une vigilance dans la préparation au danger futur et à des conduites de prudence ou d'évitement » (American Psychiatric Association, 2015). Dans le spectre des troubles anxieux, l'anxiété généralisée se caractérise par une « anxiété et des soucis excessifs concernant plusieurs événements ou activités » (American Psychiatric Association, 2015). Les causes souvent rapportées sont en lien avec le travail, l'école, la maison, la famille ou l'entourage proche. Cette anxiété généralisée est difficile à contrôler et diminue l'attention du sujet pour ses tâches en cours (American Psychiatric Association, 2015).

Selon le DSM-5, la dépression, ou trouble dépressif caractérisé, se définit par « une période d'au moins deux semaines pendant laquelle il existe soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités » (American Psychiatric Association, 2015). D'autres symptômes signalent la présence d'un tel épisode : une perte ou un gain de poids, une insomnie ou hypersomnie, une agitation ou un ralentissement psychomoteur, de la fatigue ou une perte d'énergie, un sentiment de culpabilité ou de dévalorisation, une diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, des pensées morbides récurrentes ou des

idées suicidaires. Une fois l'épisode dépressif actuel diagnostiqué, il est possible de préciser sa sévérité qui peut être légère, moyenne, ou grave.

### **1.3.3.2. Obésité et anxiété**

L'anxiété est un trouble relativement présent dans la population en demande de chirurgie bariatrique puisque sont observés 45,21 % de symptômes anxieux avant l'opération (Marín-Navarrete et al., 2016). De plus, le diagnostic d'anxiété généralisé actuel s'élève à 24 % (Marek, Ben-Porath, & Heinberg, 2016) contre un taux de 0,4 % à 3,6 % dans les groupes témoins (American Psychiatric Association, 2015). La vie durant, ce diagnostic est de 37,5 % (Marek et al., 2016) contre 9 % dans la population générale (American Psychiatric Association, 2015).

### **1.3.3.3. Obésité, dépression et tentatives de suicide**

La dépression est une psychopathologie très prégnante dans la population en situation d'obésité. Celle-ci concerne 15,6 % à 36 % des patients avant la chirurgie bariatrique (Booth et al., 2015; Marek et al., 2016; Marín-Navarrete et al., 2016). Le risque de développer une dépression la vie durant lorsque l'on est une personne en situation d'obésité est 2,41 (2,25-2,58) fois plus grande que dans la population générale (Backman et al., 2016). D'ailleurs, la prévalence des antécédents de dépressions chez cette population avant chirurgie se situe entre 38,7 % et 45,5 % (Marek et al., 2016; Mitchell et al., 2012).

Par ailleurs, nous savons que la dépression est un facteur favorisant les tentatives de suicide. L'obésité n'est pas épargnée puisqu'une relation significative est relevée entre l'augmentation de l'IMC et l'augmentation des idéations suicidaires (Dutton, Bodell, Smith, & Joiner, 2013). La prévalence actuelle des tentatives de suicide représente 0,51 % de la population en situation d'obésité (Marín-Navarrete et al., 2016), comparativement à une prévalence de 0,17 % dans la population générale (American Psychiatric Association, 2015). Les personnes en situation d'obésité avant chirurgie ont ainsi un risque 2 (1,84-2,16) fois plus important de tentatives de suicide que la population générale (Backman et al., 2016).

### **1.3.4. Les troubles de stress post-traumatique**

#### **1.3.4.1. Définition**

Selon le DSM-5, le TSPT consiste en « un développement de symptômes caractéristiques après l'exposition à un ou des événements traumatiques » (American Psychiatric Association, 2015). Ces réactions aux effractions varient d'un sujet à l'autre, en intensité et en diversité. Certains ont « peur de revivre l'expérience traumatique » ou présentent des « symptômes émotionnels et comportementaux ». D'autres, deviennent anhédoniques ou ont des états d'humeur dysphoriques. Enfin, certains autres arborent « un éveil et des symptômes de réaction extériorisée » ou encore des troubles dissociatifs (American Psychiatric Association, 2015).

#### **1.3.4.2. Obésité et Trouble de Stress Post-Traumatique**

Une récente revue de littérature portant sur 610 638 sujets suggère une association entre le TSPT et l'IMC. Elle souligne que le « TPST peut entraîner une augmentation de l'IMC, et par conséquent, un surpoids ou une obésité, notamment chez la femme » (Suliman et al., 2016). Cependant, rares sont les études qui analysent la relation entre les TSPT et l'obésité. Selon le DSM-5, la prévalence de ces études varie entre 3,3 % et 7,4 % (Duncan et al., 2015; Pagoto et al., 2012), contre de 0,5 % à 1 % dans la population générale (American Psychiatric Association, 2015).

La revue de ces différentes psychopathologies (addictions, anxiété, dépression, tentatives de suicide et TSPT), nous permet alors de proposer notre troisième hypothèse :

- **Nous attendons que les sujets en demande de chirurgie bariatrique présentent des symptômes psychopathologiques présents ou passés (anxiété, dépression, tentatives de suicide, addictions, etc.).**

Face aux conséquences et complications de l'obésité ainsi qu'aux psychopathologies que nous venons d'évoquer, le patient est dans une situation complexe nécessitant un dispositif thérapeutique permettant de proposer des solutions à l'ensemble de ses problématiques. Les patients atteints de troubles alimentaires avec perte de contrôle auront alors tendance à

rechercher, dans la chirurgie bariatrique, une solution pour reprendre le contrôle sur leurs poids, ainsi que sur leurs troubles (Colles, Dixon, & O'Brien, 2008).

## **1.4. La chirurgie de l'obésité et son incidence**

Nous allons maintenant développer les principales techniques chirurgicales à disposition du corps médical permettant de lutter contre l'obésité, puis, nous en décrivons les risques, notamment ceux psychologiques. Nous présenterons les recommandations de bonne pratique, et nous exposerons le parcours de préparation proposé par le CHRU de Nancy, avant d'étayer la position nancéenne sur la nécessité perçue d'un suivi psychothérapeutique avant et après cet acte chirurgical.

### **1.4.1. Les différentes techniques de chirurgie bariatrique**

La chirurgie de l'obésité, ou chirurgie bariatrique, fait partie des techniques permettant de diminuer un excès de poids. Cependant, ces interventions souvent considérées comme "de dernier recours", ne sont pas dénuées de risques. La Haute Autorité de Santé (HAS) préconise qu'elles doivent être réservées aux personnes en situation d'obésité présentant un IMC supérieur à 40 kg/m<sup>2</sup> ou bien, un IMC supérieur à 35 kg/m<sup>2</sup> associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée par la chirurgie. Elle évoque notamment les désordres métaboliques comme le diabète de type 2, les stéatohépatites non alcooliques, les maladies cardio-vasculaires, le syndrome d'apnées du sommeil, les troubles respiratoires sévères comme l'asthme, ainsi que les maladies ostéoarticulaires invalidantes (Haute Autorité de Santé (HAS), 2009).

En France, cette chirurgie se répartit en deux grands types de techniques. Les premières, sont dites restrictives, c'est-à-dire qu'elles réduisent la quantité d'aliments ingérés sans malabsorption. Sont alors proposées la pose d'un anneau gastrique ajustable, la gastroplastie verticale calibrée, ou la gastrectomie longitudinale appelée aussi sleeve. Les secondes, sont dites mixtes, car elles associent la restriction gastrique à une malabsorption nutritionnelle. On y retrouve la technique de dérivation biliopancréatique et celle du bypass gastrique.

Au CHRU de Nancy dans l'UMCO, deux techniques sont utilisées : la sleeve et le bypass.

Tout d'abord, la sleeve est une « technique restrictive qui consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac et notamment, la partie contenant les cellules qui sécrètent l'hormone stimulant

l'appétit (ghréline). L'estomac est réduit à un tube vertical où les aliments passent rapidement dans l'intestin. En outre, l'appétit est diminué. Cette technique ne perturbe pas la digestion des aliments » (Haute Autorité de Santé (HAS), 2009).

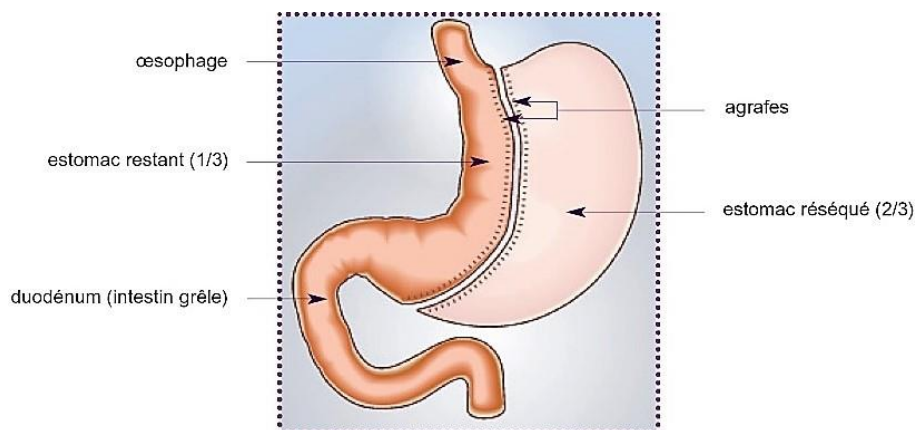


Figure 2 : Technique de la gastrectomie longitudinale, HAS, 2009

Selon la HAS, les principales complications de la sleeve peuvent être des :

- « Ulcères, fuites ou rétrécissement au niveau de l'estomac restant
- Hémorragies postopératoires précoces
- Carences nutritionnelles (à surveiller)
- Reflux gastro-œsophagien (remontées acides et alimentaires dans l'œsophage) et inflammation de l'œsophage
- Dilatations de l'estomac » (Haute Autorité de Santé (HAS), 2009)

Le bypass est une « technique restrictive et malabsorptive qui permet de diminuer à la fois la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche) et l'assimilation de ces aliments par l'organisme, grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin (aucun organe n'est enlevé). Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont donc assimilés en moindre quantité » (Haute Autorité de Santé (HAS), 2009).

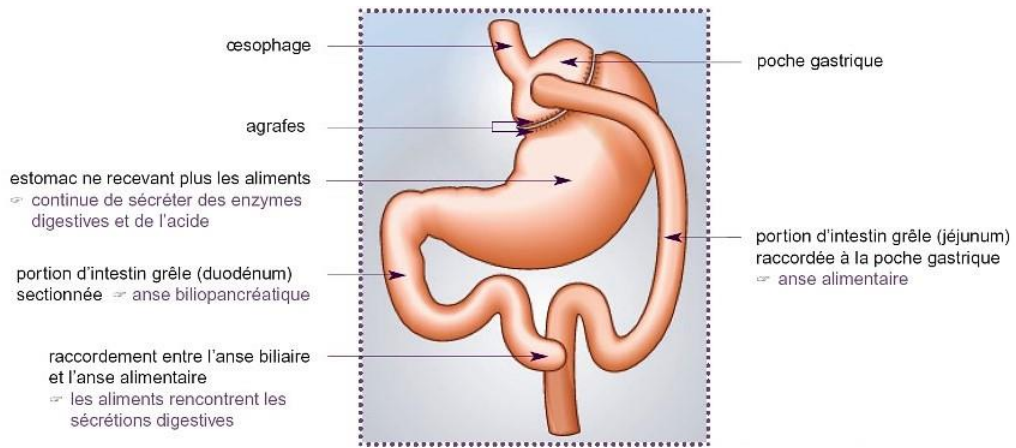


Figure 3 : Technique du bypass gastrique, HAS, 2009

Les principales complications observées sont (Haute Autorité de Santé (HAS), 2009) :

- Des ulcères, fuites ou rétrécissements au niveau de la jonction entre l'estomac et l'intestin, hémorragies, occlusion de l'intestin
- Des carences nutritionnelles
- Des hypoglycémies, constipation, ou dumping syndrome (malaise dû à l'arrivée massive et rapide dans l'intestin d'aliments riches en sucres ou en graisses).

L'ensemble des complications somatiques de ces interventions sont aujourd'hui bien connues, et tentent d'être prises en compte dans les protocoles de soin pour y pallier. Cependant, les conséquences psychologiques qui sont répertoriées dans la littérature sont souvent négligées (Santi, 2018). Avant de proposer les recommandations de bonnes pratiques, nous allons présenter les risques psychologiques post-opératoires.

#### 1.4.2. Les risques psychologiques post-opératoires

De nombreuses études évaluent la qualité de vie des patients après leur chirurgie bariatrique (Colles et al., 2008; Fournis et al., 2013; Karlsson, Taft, Rydén, Sjöström, & Sullivan, 2007; Sockalingam et al., 2017). Effectivement, il apparaît que celle-ci améliore la qualité de vie chez 95 % des patients (Fournis et al., 2013). Toutefois, il est à noter que la qualité de vie physique est améliorée deux ans après l'intervention, contrairement aux scores de qualité de vie mentale qui n'évoluent pas (Sockalingam et al., 2017). Les études soulignent un lien



entre la perte de poids et ces améliorations. Cependant, il semble qu'une reprise pondérale à long terme diminue de nouveau la qualité de vie (Karlsson et al., 2007).

Un phénomène similaire est observé avec les indicateurs de dépression et d'anxiété. En effet, les scores ont tendance à s'améliorer à court terme, mais se détériorent après deux ans, pour retrouver leurs niveaux initiaux (Fournis et al., 2013). Une autre étude va plus loin et souligne une augmentation importante du risque de dépressions après la chirurgie, comparativement à la période la précédant. De plus, le risque de dépression serait de 3,20 (2,81 – 3,65) fois plus important que la population générale (Backman et al., 2016). Ce constat se retrouve également dans les prescriptions d'antidépresseurs, puisqu'il est noté, après la chirurgie, une augmentation significative du nombre de patients concernés. Cette prévalence s'établit pour 30,6 % de la population opérée comparativement aux 10,4 % de la population générale (Backman et al., 2016). Pour les problèmes d'anxiété, le constat est similaire puisque la consommation d'hypnotiques et de sédatifs augmente, passant de 16,2 % avant la chirurgie à 24,5 % après celle-ci, et ce, comparativement aux 7,5 % de la population générale (Backman et al., 2016). La prévalence des tentatives de suicide et des accidents conduisant à la mort a tendance à être plus élevée après la chirurgie. Cette « surmortalité en partie énigmatique par accident et suicides » (Fournis et al., 2013), conduit à une prévalence des tentatives de suicide de 2,00 (1,84 – 2,16) fois plus importante avant la chirurgie à 2,85 (2,40 – 3,39) fois plus importante après celle-ci, comparativement à la population générale (Backman et al., 2016).

Les problématiques liées aux addictions ne sont pas non plus exemptes d'augmentation. Tout d'abord, il a été constaté une aggravation de la prévalence de patients traités pour des troubles liés à l'alcool, passant de 0,44 % avant la chirurgie à 2,6 % quatre ans après celle-ci, soit un risque 2,73 (2,36 - 3,15) fois plus grand que la population générale (Backman et al., 2016). Il en va de même pour le risque d'addiction aux autres substances, puisque celui-ci est 3,17 (2,52 - 3,99) fois plus important que la population générale (Backman et al., 2016).

La chirurgie bariatrique par bypass est efficace puisqu'elle permet une réduction du poids d'environ 27 % (+/-12 %). Cependant, elle n'exclut pas de possibles reprises pondérales à long terme (Kofman et al., 2010; Lighezzolo & Blanchouin, 2004; Sjöström et al., 2007). Cette reprise pondérale s'observe typiquement entre dix-huit et vingt-quatre mois, et peut s'expliquer par le retour de troubles alimentaires (Fournis et al., 2013; Meany et al., 2014). En effet, la reprise pondérale est associée à une adaptation comportementale de type alimentaire,

avec notamment l'apparition ou la réapparition des grignotages et de BED notamment subjectifs, entre six et douze mois après l'intervention (Conceição et al., 2014).

Cette reprise pondérale et l'augmentation de la prévalence des psychopathologies après gastroplastie, incitent les autorités publiques à instaurer des recommandations de bonnes pratiques afin d'améliorer l'efficacité de cette technique à long terme et souvent de dernier recours. De plus, elles justifient pleinement la mise en place de recherches longitudinales permettant d'identifier les facteurs de protection et de risque conduisant, ou non, à ces problématiques post-chirurgicales.

### **1.4.3. Les recommandations de bonnes pratiques**

En 2009, la HAS a émis des recommandations de bonnes pratiques à propos de cette chirurgie. Leurs objectifs sont « d'améliorer l'efficacité à long terme de la chirurgie et réduire la survenue des complications » et « de réduire la gravité des complications par leur détection et leur prise en charge précoce » (Haute Autorité de Santé (HAS), 2009). Ces recommandations évoquent qu'une telle prise en charge doit « être réalisée au sein d'équipes pluridisciplinaires, en liaison avec le médecin traitant ». Pour cela, elles doivent être constituées au minimum d'un chirurgien, d'un médecin spécialiste de l'obésité, d'une diététicienne, d'un psychiatre ou d'un psychologue et d'un anesthésiste-réanimateur. D'autres spécialistes peuvent y être associés afin d'affiner le diagnostic de l'équipe, comme par exemple, des ergothérapeutes ou des moniteurs d'Activité Physique Adaptée (APA). Ainsi, le but est d'aboutir à une prise en charge qui « s'inscrit dans le cadre d'un projet personnalisé pour le patient » (Haute Autorité de Santé (HAS), 2009).

Juxtaposées aux indications de chirurgie bariatrique citées plus en amont, les contre-indications identifiées sont :

- « Les troubles cognitifs ou mentaux sévères
- Les troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire
- L'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé
- La dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives licites et illicites
- L'absence de prise en charge médicale préalable identifiée
- Les maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen termes
- Les contre-indications à l'anesthésie générale » (Haute Autorité de Santé (HAS), 2009).

Certaines de ces contre-indications pouvant être temporaires, nécessitent une réévaluation pour adapter les stratégies médicales et chirurgicales tout au long du parcours préparatoire.

De plus, la HAS évoque la nécessité d'effectuer un parcours préopératoire dont les objectifs sont de réaliser :

- Une information sur les techniques chirurgicales à sa disposition, sur la nécessité d'un suivi médico-chirurgical la vie durant, ainsi qu'un changement alimentaire et du mode de vie avant et après intervention
- Un bilan médico-chirurgical caractérisé par l'analyse des comorbidités et des troubles alimentaires
- Un programme d'éducation thérapeutique sur le plan diététique et de l'activité sportive
- Une évaluation psychologique et/ou psychiatrique pour identifier l'existence ou non d'une pathologie psychiatrique et la personnalité du patient, mais aussi pour apprécier les complications de son obésité sur son vécu émotionnel, son image corporelle, sa qualité de vie, sa biographie, sa demande vis-à-vis du traitement, ses capacités de compliance et sur les soutiens relationnels et familiaux (Terra, 1997).

À la suite de ce parcours pré-opératoire, est recommandée qu'une concertation pluridisciplinaire statue sur la réalisation ou non de l'acte chirurgical et sur les conditions de cette intervention.

En post-opératoire, le suivi doit se poursuivre la vie durant aussi bien sur des aspects médicaux chirurgicaux, qu'éducatifs (diététique et activités sportives), psychologiques et psychiatriques (Haute Autorité de Santé (HAS), 2009).

#### **1.4.4. Un modèle : le parcours de préparation au CHRU de Nancy**

Au CHRU de Nancy, dans l'UMCO, le parcours de préparation à la chirurgie s'est construit en respectant les recommandations de la HAS. C'est après une écoute attentive des patients en situation d'obésité et dans un souci de proposer toujours le meilleur dispositif thérapeutique, que l'équipe médicale et paramédicale a mis en place un parcours de préparation

à la chirurgie bariatrique inscrit dans la temporalité. Ce parti pris d'inscrire la préparation dans une dynamique longitudinale fait aujourd'hui la renommée de ce service spécialisé à un niveau régional et national, aussi bien chez les patients, que chez les professionnels médicaux et paramédicaux. À l'heure actuelle, ce parcours qui est toujours en (re) construction permanente, se compose en différentes étapes, bien définies et toutes obligatoires.

La première, se nomme "table ronde d'information", et se caractérise par une présentation de l'équipe pluridisciplinaire à un groupe de trente à cinquante patients. L'objectif de cette première rencontre est d'expliquer les étapes du parcours chirurgical ainsi que les techniques chirurgicales réalisées par le service (avantages, inconvénients, risques encourus, contre-indications, surveillance post-opératoire, etc.). Ce temps dédié à l'information permet aux patients de poser leurs questions sur la prise en charge proposée par l'équipe. À l'issue de cette table ronde, le patient décidera de s'engager ou non dans le parcours de chirurgie bariatrique proposé par l'UMCO.

Une fois la décision prise de s'engager, la seconde étape est une hospitalisation de jour. Lors de cette journée rassemblant trois à huit patients, ceux-ci rencontrent un médecin nutritionniste, un psychologue, et une diététicienne afin d'initier un bilan général de leur état de santé. L'un des objectifs pour le patient est alors de comprendre les répercussions probables de ses événements de vie sur son comportement alimentaire. Le patient se voit proposer un projet thérapeutique composé de groupes de préparation, souvent juxtaposé à un soutien psychologique, qui se mettra en place en dehors du CHRU. Lors de cette journée, le patient, avec l'aide de l'équipe pluridisciplinaire, renforcera sa compréhension des principaux facteurs ayant conduit à son obésité. Cette compréhension est essentielle car le sujet commence à formuler une nouvelle demande, au sens psychanalytique du terme qui est celle d'un sujet en souffrance sollicitant un changement pondéral, et qui demande à être accompagné dans son cheminement préopératoire.

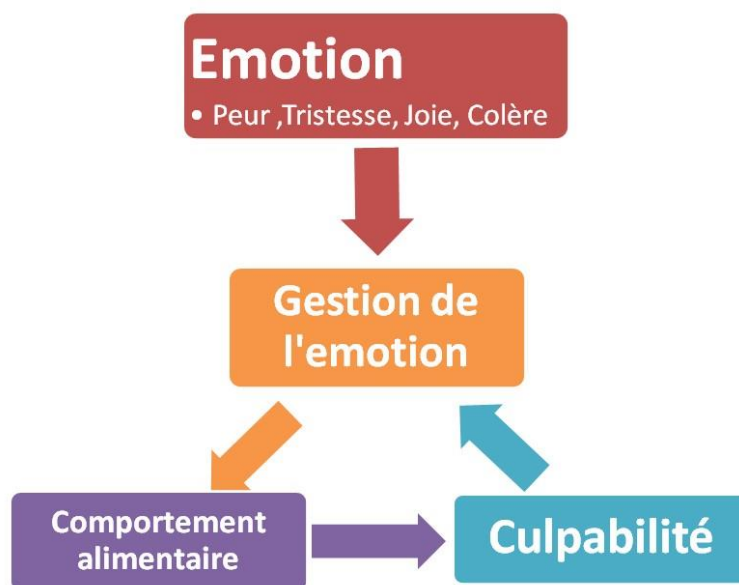
Quelques semaines après cette étape, les patients sont convoqués pour une hospitalisation de deux à trois jours durant laquelle sont réalisés un bilan somatique complet ainsi qu'une étude des facteurs de comorbidité. Ces deux examens évaluent l'ensemble des répercussions de cette maladie sur le patient. Les complications sont traitées afin, par exemple, d'équilibrer un diabète ou de traiter un syndrome d'apnée du sommeil. Ces traitements faciliteront l'acte chirurgical en réduisant les risques pendant et après la chirurgie.

À la suite de cette hospitalisation, quatre groupes de préparation sont proposés. Ils se déroulent tous les uns à deux mois et se composent de huit à dix patients. Ceux-ci travaillent ensemble avec une diététicienne durant quatre séances autour de quatre thématiques :

- **Les attentes et les craintes** qui sont liées à l'intervention chirurgicale afin de poursuivre le travail de remise en question et d'interroger les motivations à la chirurgie. Les objectifs de ce groupe sont de :
  - Permettre aux patients de distinguer les attentes rationnelles et irrationnelles pour diminuer le phénomène d'idéalisation de l'intervention. Les plus évoquées par les patients sont l'amélioration de leurs capacités physiques (souffle, endurance, agilité, etc.), de leur santé (diabète, hypertension, maux, etc.), de l'image qu'ils ont d'eux-mêmes (confiance en soi, estime de soi, image spéculaire, etc.), et du regard porté par les autres.
  - Permettre aux patients d'évoquer leurs craintes afin de les diminuer et d'attirer l'attention sur certains risques encore non perçus ou non compris. Les principales inquiétudes rapportées concernent ici la chirurgie (peur de mourir, anesthésie, complications chirurgicales, etc.), le vécu de la réalimentation (non-possibilité de manger normalement, dumping syndrome, changement des goûts, etc.), l'image de soi (changement de personnalité, acceptation de son nouveau corps, perdre son identité, etc.).
- **Les croyances alimentaires** où l'objectif est de faire comprendre que l'alimentation est régie par des croyances nutritionnelles susceptibles d'interférer avec les sensations corporelles. Deux étapes existent dans ce groupe :
  - La première, travaille sur la notion de régime. Elle donne aux patients des éléments de réflexions sur leurs nombreux échecs aux régimes afin de comprendre leurs origines. Il est aussi expliqué la nécessité de cesser les restrictions cognitives afin de rompre le cercle vicieux dû à "l'effet yoyo".
  - La seconde, initie un travail autour de l'écoute des sensations alimentaires et des envies. Le plaisir et l'envie sont alors replacés au centre de l'alimentation, limitant ainsi les frustrations et la culpabilité. Il

est alors demandé aux patients de s'en remettre à leurs sensations alimentaires plutôt qu'à leurs processus mentaux influencés par de fausses croyances.

- **L'alimentation émotionnelle** où l'objectif est de lier l'alimentation et les émotions éprouvées. Leur sera alors expliqué le schéma de l'alimentation émotionnelle et le cercle vicieux qu'il constitue (Figure 4 : Schéma de l'alimentation émotionnelle). Ce groupe initie ou poursuit un travail introspectif sur la capacité du patient à gérer ses émotions. À l'issue de celui-ci, il est conseillé aux patients de s'inscrire dans un suivi psychothérapeutique afin d'apprendre à gérer ses émotions autrement.



*Figure 4 : Schéma de l'alimentation émotionnelle*

- **La rencontre avec des patients déjà opérés** qui confronte les patients à la réalité de l'intervention à travers le témoignage de patients en post-chirurgie. Ils discutent entre autres, de la douleur suite à la chirurgie, du vécu de la réalimentation, du changement des perceptions gustatives, de la prise de compléments alimentaires et du déroulement de la chirurgie réparatrice. Ainsi, ces témoignages permettent aux patients non opérés de saisir l'importance des messages véhiculés précédemment.

Le parcours de préparation se ponctue par une dernière rencontre avec le psychiatre et un médecin nutritionniste afin de s'assurer de la réalisation des investigations médicales demandées, des groupes de préparations, de la mise en place d'un suivi psychothérapeutique si nécessaire, ainsi que de l'absence de trouble contre-indiquant la chirurgie. Cette évaluation finale se conclut par une décision parmi les quatre suivantes :

- Positive d'emblée
- À évaluer en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)
- À reporter dans six à douze mois
- Négative d'emblée

Les patients obtenant une évaluation positive rencontrent alors le chirurgien et l'anesthésiste, afin de choisir la technique qui sera utilisée et pour fixer une date d'opération.

Au vu des risques psychologiques évoqués précédemment, ce parcours de préparation porte une attention particulière aux troubles psychopathologiques. Son objectif est de diminuer l'ensemble des psychopathologies observées chez les patients, notamment les troubles alimentaires, les addictions, les dépressions, les anxiétés, etc. Pour ce faire, il incite voire oblige, certains patients à mettre en place un dispositif psychothérapeutique afin de limiter l'impact de la chirurgie sur leur fonctionnement mental.

### **1.4.5. Perspectives psychothérapeutiques**

#### **1.4.5.1. La psychothérapie : un cadre particulier stimulant le changement**

Comme mentionné précédemment, lors de la prise en charge proposée au sein du parcours de préparation, il est recommandé aux sujets d'initier un travail psychothérapeutique. Ce suivi n'est pas réalisé au sein même de l'UMCO pour diverses raisons :

- Les patients venant de toute la région, certains font jusqu'à deux heures de trajet aller pour bénéficier du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique. Ainsi, cet éloignement est incompatible avec la réalisation d'une psychothérapie au sein du service car elle serait alors, trop coûteuse pour les patients.

- Le nombre de patients traité par le service de chirurgie avoisine les quatre cents par an. Ainsi, les moyens humains qui devraient être alloués pour la réalisation de l'ensemble de ces suivis psychologiques dépassent très largement le 1,8 équivalent temps plein de psychologues actuellement partagés au sein du pôle digestif, c'est-à-dire entre plusieurs services.

De ce fait, les patients sont réorientés en Centre Médico Psychologique (CMP) ou auprès de psychologues ou psychiatres libéraux, plus proches de chez eux.

Pour rappel, la psychothérapie est une modalité de prise en charge psychologique qu'il faut distinguer des suivis thérapeutiques de soutien ou de conseil, car elle « va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien » (Code des professions (Québec) : Article 187.1, 2009). Elle est donc « un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le patient des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé » (Code des professions (Québec) : Article 187.1, 2009). La psychothérapie se définit en fonction de quatre éléments, que nous définirons succinctement : les moyens psychologiques, son objet, sa fonction thérapeutique, et son but (Moro & Lachal, 2006). Les moyens psychologiques sont intrinsèques à l'obédience de la thérapie (psychanalytique, cognitivo-comportementale, systémique, etc.). L'objet commun à l'ensemble de ces grandes théories est la notion de conflit qu'il soit « situé dans le psychisme ou dans la relation de la personne avec les autres » (Moro & Lachal, 2006). La fonction thérapeutique s'accomplit toujours dans le cadre d'une relation interhumaine et correspond à la circulation du pouvoir thérapeutique au sein de cette relation où siègent les notions de transfert et de contre-transfert. Enfin, le but commun à toutes les psychothérapies est le processus de changement, en réponse à l'existence d'un conflit, qui conduira le patient progressivement et inévitablement vers un nouvel équilibre.

Malgré un grand nombre de méthodes thérapeutiques - plus de 400 (Chiland, 2012) - il est possible de dégager quatre caractéristiques majeures et communes à l'ensemble des psychothérapies (Jaeken, Verhofstadt, & Van Broeck, 2015) :



- « Une relation intense, émotionnelle et confidentielle [...] induisant la confiance » entre le patient et son thérapeute (Jaeken et al., 2015)
- Un cadre thérapeutique et sécurisant qui renforce la confiance
- Un cadre conceptuel « apportant une explication aux plaintes ou problèmes [...] ainsi qu'un espoir de résolution ou de changement » (Jaeken et al., 2015)
- Une technique découlant du cadre conceptuel et « requérant la participation active du client et du psychothérapeute pour améliorer ou résoudre le problème » (Jaeken et al., 2015).

L'ensemble de ces caractéristiques favorise la résolution du but, c'est-à-dire le changement d'un état de conflit vers un néo-équilibre. En analysant l'ensemble des variables responsables de ce changement, il s'avère que la plus grande partie de l'efficacité d'une thérapie (40 %) est déterminée par des facteurs externes (Lambert & Barley, 2001). Parmi ces facteurs extrinsèques, on retrouve par exemple, l'influence de l'entourage du patient (famille, amis, collègues, etc.), mais aussi l'implication et la détermination de celui-ci dans la dynamique de changement. Les facteurs communs aux psychothérapies déterminent 30 % de l'efficacité et regroupent les facteurs associés à l'alliance thérapeutique comme l'empathie, la chaleur, la considération positive inconditionnelle, ou encore la confiance entre le patient et le thérapeute (Lambert & Barley, 2001). Enfin, les attentes du patient concernant la thérapie (incluant l'effet placebo et la confiance en l'efficacité du traitement) et les techniques thérapeutiques spécifiques sont responsables, l'une et l'autre, d'environ 15 % du changement observé chez le patient (Lambert & Barley, 2001).

Partant de l'efficacité des psychothérapies pour le traitement des psychopathologies, l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être, Marty va plus loin en considérant qu'elles « ont toujours intérêt à s'instituer le plus tôt possible pour accompagner, aider, faciliter éventuellement les thérapeutiques médico-chirurgicales et, dans certains cas, se substituer finalement à elles » (Marty, 1991). Dans les situations d'événements de vie difficiles ou traumatiques, il nous semble important qu'une prise en charge psychologique puisse être proposée afin de « rétablir le meilleur fonctionnement mental possible pour le sujet » (Marty, 1990), et ce, d'autant plus lorsque ces événements aboutissent à « un fonctionnement psychique défensif déficitaire comme l'est l'alexithymie [car celui-ci] peut toujours être réanimé (au moins en théorie...) » (De Tychey, 2010). Enfin, si cette réanimation fantasmatique est impossible, la psychothérapie devra alors s'attacher « à établir le meilleur fonctionnement

économique possible (mental et de comportement) » (Marty, 1991). Ainsi, l'objectif de la psychothérapie et du psychothérapeute sera d'aider les patients à mettre des mots sur leurs vécus, afin qu'ils deviennent intelligibles et acceptables, et pourquoi pas de « permettre aux patients de dépasser leurs souffrances, de les domestiquer, de s'en servir comme tremplin pour avancer vers un mieux-être » (Cyrulnik, Elkaïm, & Maestre, 2009). C'est en ce sens que les thérapeutes peuvent soutenir un processus de résilience tout en adoptant de ce fait, une fonction, et les caractéristiques d'un tuteur de résilience.

#### **1.4.5.2. Les indicateurs d'investissement**

Ce cadre étant posé, il nous semble intéressant d'évoquer les caractéristiques de l'investissement dans une prise en charge psychologique. En effet, comme précisé précédemment, les patients reçus au sein du parcours de préparation à la chirurgie doivent suivre, pour la grande majorité d'entre eux, une psychothérapie ou un soutien psychologique. D'abord incités à réaliser ce suivi, certains y sont parfois, finalement contraints. Se pose alors la question de l'investissement des patients dans ces prises en charge dont l'efficacité dépend majoritairement de leur implication et de leur relation avec le thérapeute. De ce fait, nous allons décrire trois indicateurs qui, selon nous, relèvent d'un investissement satisfaisant dans la prise en charge psychologique.

Le premier, est la capacité du patient à s'approprier la demande de soin psychique qui présente souvent une origine médicale. Effectivement, l'appropriation de la demande est l'un des facteurs favorisant la dynamique de changement. Freud a été l'un des premiers à définir les conditions idéales de la demande adressée à un thérapeute : « quelqu'un, par ailleurs maître de soi, souffre d'un conflit interne auquel il ne peut mettre fin tout seul, si bien qu'il finit par venir chez le psychanalyste à qui il se plaint et demande de l'aide » (Freud, 1894–1924). Mais, en réalité, il y aurait cinq étapes dans la motivation au changement chez un patient, allant de la quasi-absence d'intention à changer, à l'engagement actif (Prochaska & DiClemente, 1996). Dans le cadre d'une injonction de soins, les conditions idéales de la demande décrites par Freud, sont donc compromises. En effet, le patient a un positionnement caractérisé par une motivation au changement qui est alors, limitée.

Le second, concerne les adhésions du patient à la thérapie proposée et à son thérapeute. Effectivement, il apparaît que l'adhésion du patient à la technique proposée par le thérapeute augmente ses chances d'en bénéficier et, au contraire, sa non-adhésion est facteur d'échec

(Gaston, 1990). L'adhésion pose alors la question de l'alliance thérapeutique et de la façon dont patient et thérapeute travailleront ensemble pour atteindre l'objectif de la psychothérapie (Muran & Barber, 2010).

Enfin, le troisième et dernier indicateur ne sera pas lié aux processus psychothérapeutiques, mais aux effets cliniques. Effectivement, il s'agira d'évaluer si le dispositif thérapeutique proposé produit des changements bénéfiques pour le sujet. Autrement dit, il faudra voir s'il est possible d'identifier par exemple, une réduction voire une suppression des symptômes, ou une amélioration de la qualité de vie. Cette évaluation est conditionnée à la réalisation d'une évaluation préalable des troubles, souffrances et difficultés du sujet.

À l'issue de cette présentation du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique et du dispositif psychothérapeutique, nous pouvons formuler plusieurs hypothèses quant à l'impact du parcours de préparation sur le sujet :

- **À la suite du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique, nous attendons d'observer une amélioration de la qualité de vie, notamment à la sous-échelle de qualité de vie psychologique.**
- **Nous supposons une diminution des TCA en termes de fréquence et d'intensité entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.**
- **À la fin du parcours de préparation à la chirurgie, nous attendons une diminution des psychopathologies, notamment de l'anxiété, de la dépression et des addictions.**
- **Nous envisageons une amélioration de la qualité de mentalisation chez les patients entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.**

Dans la suite de notre propos, nous montrerons l'intérêt de l'utilisation du concept psychosomatique et de celui de la résilience dans une théorisation opérante de la prise en charge de l'obésité.

## **2. Psychosomatique de l'obésité**

Ici, nous nous centrerons sur un autre point de vue, celui de Pierre Marty et de son modèle psychosomatique. Nous proposerons de l'adapter à la problématique de l'obésité pour en saisir une interprétation et des enjeux.

### **2.1. Le modèle psychosomatique**

#### **2.1.1. Introduction**

Le terme psychosomatique vient du grec "psyché" et "soma", désignant respectivement "esprit" et "corps". Il définit l'impact du psychisme sur le corps, et plus précisément sur certaines maladies. Selon la pensée de Dejours, l'homme vit dans deux corps. Le premier, est biologique, relève de l'inné et impose à l'homme certaines contraintes liées notamment, au déterminisme biologique. Le second, est le corps érotique ou érogène et relève de l'acquis. Il est la source de la liberté du sujet, et « se construit progressivement à partir du corps biologique » (Dejours, 2001). Le concept de psychosomatique fut introduit au XIXème siècle par Heinroth, un médecin psychiatre allemand, pour rendre compte de l'impact du psychisme sur des maladies telles que la tuberculose ou l'épilepsie. Dans les années 1940, Alexander et ses collaborateurs de l'école de Chicago ont repris ce terme afin d'établir des profils de personnalités en rapport avec des maladies psychosomatiques. Puis, c'est à partir des années 1950 que l'école psychosomatique de Paris avec à sa tête Marty, mit en évidence un fonctionnement psychique particulier chez les malades qui somatisent. En effet, ils ont repéré que ceux-ci présentaient une insuffisance des défenses (Dumet, 2002a; Pirlot, 2007). Ce modèle « sûrement le plus abouti à l'heure actuelle » (Dumet, 2002a), est donc celui que nous avons choisi d'adapter à la problématique de l'obésité. Dans la suite de notre propos, nous définirons les trois voies d'expression des affects (mentale, comportementale et somatique) puis nous intéresserons aux concepts de pensée opératoire, de dépression essentielle et de désorganisation progressive.

#### **2.1.2. La capacité de mentalisation**

La mentalisation désigne « la capacité à percevoir et interpréter son propre comportement et celui des autres en termes d'états mentaux » (Urfer, Achim, Terradas, & Ensink, 2014). Ces états mentaux (désirs, besoins, émotions, croyances, pensées, et

motivations) correspondent à « la transformation intrapsychique d'expériences somatiques et motrices inachevées en représentations mentales (images, idées et mots) de plus en plus organisées, et ce, à travers une activité de liaison réalisée par le préconscient ou le "Moi" » (Lecoïnte, Bernoussi, Masson, & Schauder, 2016). Ainsi, d'après Marty, la mentalisation se caractérise par deux aspects des représentations mentales du système préconscient qui sont leur quantité et leur qualité (Marty, 1991). Leur quantité est déterminée par « l'accumulation des couches de représentations pendant les différents temps du développement individuel » (Marty, 1991). Cet aspect se construit alors de la prime enfance à l'âge adulte. La qualité des représentations, quant à elle, s'établit selon trois caractéristiques (Marty, 1991) :

- La disponibilité de leur évocation
- La disponibilité d'une liaison de ces représentations à d'autres de la même époque ou d'époque différente
- La permanence de celles-ci dans le temps car elles peuvent être interrompues ou compromises par des mécanismes de défense à la suite d'événements difficiles ou traumatiques.

Chez les malades somatisants, l'échec de la mentalisation s'explique par « la faillite des mécanismes de défense (refoulement, déplacement, condensation, projection, etc.) » (Pirlot, 2007). Celle-ci bloque l'accès aux représentations de l'affect. Ces insuffisances et indisponibilités des représentations sont innées et acquises. Selon Marty, les premières proviennent :

- De l'insuffisance naturelle ou accidentelle des fonctions sensorimotrices de l'enfant
- Des déficiences fonctionnelles de la mère
- « D'un excès, d'une carence ou d'une dysharmonie des accompagnements affectifs » de l'enfant (Marty, 1991).

Les secondes résultent d'événements particuliers comme :

- La présence de tonalités affectives violentes ou désagréables associées à des perceptions conduisant à l'évitement des représentations issues de celles-ci.

- L'existence de conflictualités opposant des représentations chargées pulsionnellement ou instinctuellement, et des formations psychiques tel que l'idéal. Ainsi, ces représentations se retrouvent repoussées dans l'inconscient.
- L'émergence de désorganisations mentales suite à un excès d'excitation de l'appareil mental. Celles-ci conduisent le sujet à des régressions vers des systèmes de vie inférieurs à des désorganisations plus vastes, comme une dépression et une disparition de la valeur fonctionnelle du préconscient (Marty, 1991).

Cette faillite de la mentalisation limite l'élaboration de la pulsionnalité, confrontant directement le sujet aux pulsions de mort. Face aux tentatives de celles-ci de « ramener l'être vivant à l'état anorganique » (Laplanche, Pontalis, & Lagache, 1967), le sujet n'aura pas d'autre choix pour survivre que de recourir à l'expression des voies comportementale et somatique.

### **2.1.3. La voie comportementale**

Lorsque la mentalisation n'est plus suffisante pour élaborer psychiquement la pulsionnalité destructrice, une seconde voie, comportementale, peut-être à disposition du sujet. Ce mode expressif que l'on nomme aussi "acting", décharge l'excitation dans l'action. Cette voie comprend les comportements hétéro-agressifs (agression vers l'extérieur) et les comportements auto-agressifs (actes suicidaires, addictions comportementales, aux substances, etc.). De ce fait, cette manœuvre psychique entraîne une diminution de l'excès pulsionnel non symbolisable par voie mentale. Cependant, ces manifestations « ne correspondent pas pour autant, à l'absence d'une vie mentale » (Marty, 1991). Il faut alors distinguer les expressions comportementales comme support à la mentalisation, de celles qui n'en sont pas. Pour Marty, elles s'y inscrivent lorsque « de nombreuses représentations mentales et de nombreuses associations d'idées les précèdent ou les accompagnent (activités réfléchies, par exemple) » ; ou lorsqu'elles servent de décharge pulsionnelle préliminaire laissant « place à une élaboration mentale plus sereine » ; ou encore dans le cas « des sublimations (artistiques, artisanales, sociales, sportives, etc.) » (Marty, 1991). Dans ces situations, le comportement catalyse le travail de mentalisation. Il s'avère même que dans certains cas, celui-ci se produit « sans que des représentations de mots les sous-entendent (activités érotiques ou agressives directes, crises hystériques, activités opérationnelles ou opératoires, par exemple) » (Marty, 1991). Cette absence de symbolisation va créer un manque, un vide qu'il faudra absolument tenter de

combler. Le sujet sera alors contraint à réitérer son comportement, l'ancrant ainsi, dans l'addiction ou dans la criminalité.

#### **2.1.4. La voie somatique**

La somatisation est la troisième voie d'expression des excitations pulsionnelles non mentalisées. Dernier maillon de la gestion pulsionnelle, elle contribue à l'unité psychique face aux assauts des pulsions de mort. C'est ainsi que l'excès pulsionnel s'inscrit au niveau cellulaire, dans le corps lui-même, afin de conserver l'homéostasie psychique. Marty caractérise ces affections somatiques de deux manières. La première, est relative aux « affections somatiques la plupart du temps spontanément réversibles » (Marty, 1991). Elles apparaissent chez les sujets à la bonne capacité de mentalisation, lorsque « les excitations pulsionnelles se montrent d'importance moyenne et ne s'accumulent pas trop » (Marty, 1991). La seconde, englobe les « affections somatiques évolutives et graves » (Marty, 1991). Elles se manifestent chez les sujets dont la mentalisation est de mauvaise qualité, et où « les excitations instinctuelles et pulsionnelles se montrent importantes et s'accumulent » (Marty, 1991). À travers la régression, ce processus de somatisation protège l'économie vitale générale du sujet. Il contient cette énergie mortifère dans le corps en échange d'un symptôme plus ou moins grave, réversible et évolutif.

Lorsque ces trois voies d'expression des affects ne sont plus suffisantes pour affronter la pulsion de mort, le sujet va alors s'inscrire dans une dynamique aboutissant à la désorganisation progressive, pour s'ancrer progressivement dans une mort psychique. Cette dynamique se compose des étapes de pensée opératoire, de dépression essentielle, et de désorganisation progressive, que nous allons maintenant présenter.

#### **2.1.5. La pensée opératoire**

Le concept de pensée opératoire est central dans la compréhension du modèle psychosomatique. En effet, celui-ci « est pour la psychosomatique ce que le concept d'hystérie fut à la névrose et celui de délire à la psychose » (Smadja, 1995). D'après De Tychey, la pensée opératoire française fait « l'objet d'une conceptualisation assez voisine », sur le plan définitoire et étiologique, de l'alexithymie anglo-saxonne (De Tychey, 2010).

L'alexithymie se définit étymologiquement comme l'absence de mot pour exprimer ses émotions. D'après Porcelli et Meyer, elle « regroupe un ensemble de caractéristiques cognitives

et affectives, incluant une difficulté à identifier et à communiquer ses sentiments, une perturbation dans la capacité à faire la différence entre les sentiments et les sensations somatiques reliées aux excitations émotionnelles, une vie imaginaire réduite et appauvrie ainsi qu'un style de pensée orienté vers le concret et la réalité. Des difficultés d'introspection, une pauvre capacité de se souvenir de ses rêves et le conformisme social sont aussi associés à l'alexithymie » (Porcelli & Meyer, 2002).

Tout comme De Tychey, Corcos et Speranza soulignent les points communs entre l'alexithymie et la pensée opératoire. Cependant, selon eux, cette dernière inclut une dimension additionnelle, celle de l'inaptitude à mentaliser les conflits avec un risque de décharge de l'excitation et de l'angoisse dans les sphères comportementales et somatiques (Corcos & Speranza, 2003). Sur un plan clinique, cette carence des activités de pensée s'identifie par une relation blanche, due à l'analyse du contre-transfert. Le clinicien ressent alors un « malaise contre-transférentiel », une lassitude, un ennui du fait d'un discours marqué par la factualité des faits (Pirlot, 2014). Le récit est coupé de l'histoire subjective du patient, comme si « celle fantasmatique et imaginative, paraît "anhistorique" » (Pirlot, 2014). Cette pensée blanche ou opératoire se caractérise ainsi par le manque « de référence à un objet intérieur » et « sert en fait de contenant cognitif à un psychisme sans bon objet interne (d'où la dépression essentielle) » (Pirlot, 2007).

### **2.1.6. La dépression essentielle**

La dépression essentielle « est une dépression "sans objet", ni autoaccusation, ni culpabilité consciente ; elle s'oriente vers la sphère somatique par perte du "tonus vital" dans la sphère psychique (investissement libidinal de soi et du monde) » (Pirlot, 2007). Cette dépression se différencie des autres par l'absence d'un « raccrochage libidinal régressif et bruyant », dans un phénomène « comparable à celui de la mort où l'énergie vitale se perd sans compensation » (Marty, 1990). Ainsi, l'instinct de mort devient le maître des lieux de la dépression essentielle.

Selon Marty, elle s'initie lorsque « des événements traumatiques désorganisent un certain nombre de fonctions psychiques dont ils débordent les capacités d'élaboration » (Marty, 1990). Cependant, il est difficile d'identifier de tels événements car le sujet est en rupture avec sa propre histoire (Pirlot, 2007), et que des angoisses diffuses précèdent fréquemment. Elles « traduisent la détresse profonde de l'individu, détresse provoquée par l'afflux de mouvements



instinctuels non maîtrisés » (Marty, 1990) et qui débordent un Moi affaibli, se désorganisant progressivement.

### **2.1.7. La désorganisation progressive**

La désorganisation progressive se définit « comme la destruction de l'organisation libidinale d'un individu à un moment donné » (Marty, 1990). Elle survient chez les sujets présentant une difficulté majeure de mentalisation et qui se retrouvent face à une surcharge d'excitations pulsionnelles. Ce mouvement peut être assimilé globalement au négatif du développement individuel (Marty, 1991; Pirlot, 2007). D'après Marty, ce processus plus ou moins long, se déroule selon un ordre précis. Tout d'abord, c'est une accumulation d'excitations sans aucune possibilité d'élaboration mentale ou d'écoulement par le comportement. Ultérieurement, advient la désorganisation mentale avec l'émergence de la pensée opératoire. Ensuite, c'est la dépression essentielle qui s'ancre dans la vie du sujet. Puis, apparaissent d'éventuelles angoisses diffuses, signes d'un état de détresse psychosomatique. Enfin, c'est une désorganisation somatique, autrement dit, la survenue de maladies diverses et atypiques, et ceci avant « l'apparition d'une maladie grave, évolutive (...) qui peut être fulgurante » (Marty, 1991). Ainsi, cette désorganisation progressive va mettre en jeu le pronostic vital du sujet et le conduire à la mort.

Maintenant, nous allons adapter ce modèle théorique à la problématique de l'obésité. Ainsi, nous montrerons qu'un sujet avec une obésité sévère ou massive présente des difficultés de mentalisation le contraignant à recourir aux voies régressives afin de lutter contre une possible désorganisation progressive.

## **2.2. Obésité, troubles des conduites alimentaires et psychosomatique**

À la lumière des travaux actuels sur la place des TCA dans l'économie psychique d'un sujet, nous montrerons que le modèle psychosomatique de Marty permet de synthétiser et d'intégrer l'ensemble de ces connaissances. En ce sens, nous décrirons le concept d'alimentation émotionnelle, puis celui d'addiction alimentaire.

Tout d'abord, le concept d'alimentation émotionnelle est le fait d'ajuster sa consommation alimentaire en réponse à un ressenti émotionnel plutôt qu'à des sensations physiques de faim ou de satiété (Macht, 2008). Ces émotions sont comme confondues avec les

besoins physiologiques (Ziegler et al., 2017). Selon cette théorie cognitivo-comportementale, manger est une « stratégie de coping mise en place en cas de difficultés psychologiques » (Ziegler et al., 2017). Pour Leehr et al, caractériser une alimentation comme émotionnelle nécessite de l'associer à :

- La survenue d'un « état de stress émotionnel », agissant comme facteur déclencheur de l'alimentation
- L'alimentation, qui doit avoir un effet apaisant et favorable sur l'humeur. Ces comportements alimentaires sont souvent bénéfiques à court terme, mais peuvent être négatifs sur le long terme (honte, altération de l'estime de soi, dépression, etc.) (Leehr et al., 2015; Ziegler et al., 2017).

Qui plus est, il apparaît que « les mécanismes mis en cause sont les mêmes que ceux incriminés dans les abus de substances ou certaines addictions comportementales : la nourriture serait utilisée pour "s'automédiquer" d'un ressenti déplaisant » (Berthoz, 2015). En ce sens, d'autres évoquent un effet antidépresseur des troubles alimentaires (Diener et al., 2016). Comme nous l'avons évoqué (Ziegler et al., 2017), nous pouvons assimiler la clinique du BED à celle des addictions comportementales. En effet, le diagnostic de BED remplit entièrement les critères des troubles addictifs définis par Goodman (Goodman, 1990). D'un point de vue purement neuropsychologique, les études qui utilisent l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), et la Tomographie par Emission de Positons (TEP) montrent « un dysfonctionnement des circuits cérébraux de la récompense, ainsi qu'une altération des fonctions exécutives frontales et de prise de décision » (Ziegler et al., 2017). Il apparaît donc que la dopamine vient jouer un rôle central dans le BED tout comme chez les autres addictions (Kessler, Hutson, Herman, & Potenza, 2016; Schulte, Grilo, & Gearhardt, 2016). Bien que le DSM-5 n'associe pas les troubles alimentaires et les addictions, leur liaison est pourtant évidente. Cette validation cognitivo-comportementale et neurocognitive justifie les approches psychanalytiques considérant les troubles alimentaires comme expression d'un comportement addictogène à l'acte alimentaire (Gearhardt, Boswell, & White, 2014). Il est donc possible d'adapter aux TCA, la définition suivante de l'addiction : « un équilibre vital par le soulagement psychique opéré par le symptôme, sa fonction pare-excitante auto thérapeutique, liée à sa fonction de défense effective contre l'intrusion ou l'abandon de l'objet, mais également par les bénéfices relationnels secondaires qu'il procure dans le cadre intime du patient » (Lamas, Nicolas, & Corcos, 2010). Ainsi, cliniquement, les TCA sont « une source de soulagement des tensions

psychiques » (E. Bertin & Ostermann, 2017), stabilisant psychologiquement les patients, et ce, malgré l'aspect délétère du développement d'une obésité sur le long terme.

Afin d'aller plus loin dans la compréhension de l'existence de ces troubles des conduites alimentaires, il nous semble intéressant d'approfondir « une approche psychosomatique du sujet obèse comme de son trouble » (Dumet, 2002b). D'après le modèle psychosomatique cité précédemment, les TCA deviennent le symptôme et « luttent (de manières psychique et neurophysiologique) contre cette dépression essentielle et cette baisse de la dynamique de ces fonctions psychiques qui lui est inhérentes » (Pirlot, 2002). Cette lutte antidépressive, serait donc la marque de « problématiques de perte d'étayage précoce, de traumatismes massifs » (Pirlot, 2008), déstructurants pour le sujet. Face à cet afflux d'angoisses non symbolisées qui remet en jeu l'intégrité même de son identité, le sujet doit, pour survivre, recourir aux TCA. Cependant, même si ces derniers pourraient être un support à la mentalisation, l'angoisse reste souvent non symbolisée contraignant le sujet à les répéter.

Le modèle psychosomatique nous semble donc être un concept tout à fait adapté à la clinique du sujet en situation d'obésité. En effet, il souligne le caractère vital et paradoxal des TCA, c'est-à-dire sa fonction de lutte contre les pulsions mortifères, et ce, malgré l'apparition de la maladie sur le long terme. Après avoir expliqué le fonctionnement psychique d'un sujet en situation d'obésité ayant des troubles de l'alimentation, il nous semble maintenant intéressant d'en décrire les origines possibles, c'est-à-dire les événements de vie difficiles et traumatiques. Ensuite, nous proposerons d'inscrire le concept de résilience comme un indicateur temporel d'adaptations interne et externe face à la désorganisation provoquée par de tels événements.

### **3. Obésité, traumatismes et résilience**

La théorie psychosomatique que nous venons de proposer, postule qu'une situation traumatique est à l'origine d'un déséquilibre ayant pour effet la lutte contre la désorganisation progressive, et de ce fait, la naissance d'un processus psychosomatique. Dans un premier temps, nous définirons et proposerons une classification des différents traumatismes. Ensuite, nous présenterons une synthèse des liens entre obésité et de tels événements de vie. Dans un second temps, nous aborderons le concept de résilience, avant de montrer sa richesse en tant que concept opérant de l'obésité.

#### **3.1. Traumatismes, événements de vie difficiles, et obésité**

##### **3.1.1. Le concept de traumatisme**

Avant d'approcher le traumatisme selon un point de vue psychodynamique, revenons sur quelques éléments d'étymologie et de définition. Le traumatisme vient du grec ancien "traumatismos" qui est l'acte de blesser. Ainsi, le "trauma" représente la blessure. Avant de devenir un concept psychologique, le traumatisme appartenait au monde médical et désignait « un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps en y provoquant une blessure ou une contusion » (Pardinielli & Mariage, 2015). Ce concept a ensuite été adapté au psychisme, où le trauma « correspond à la violence externe et à son effraction physique » (Anaut & Pardinielli, 2003), quand le traumatisme « renvoie aux effets psychiques du trauma sur le sujet » (Anaut & Pardinielli, 2003).

Pour le DSM-5, sont considérées comme traumatiques, les expositions à : la mort effective ou à une menace de mort, une blessure grave ou à des violences sexuelles en étant, soit témoin direct ou directement exposé par l'événement, ou que celui-ci soit vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche (American Psychiatric Association, 2015). Bien que cette définition permette une avancée par rapport à celle du DSM-4, celle-ci nous semble tout de même réductrice d'un point de vue subjectif. En effet, elle sous-estime la capacité de résistance des sujets à des événements alors qu'elle peut être variable en fonction des différences interindividuelles. Ainsi, cette notion de traumatisme pourrait être complétée par celle de "life adverse experiences" proposée par Palmisano et coll. en 2016. Pour eux, il s'agit de « toutes sortes d'expériences traumatiques qui se produisent dans l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte, qui incluent l'abus psychologique, l'abus physique, les abus sexuels, le

harcèlement sexuel, le viol, l'intimidation par les pairs, les violences domestiques et les accidents graves qui menacent la vie du sujet » (Palmisano, Innamorati, & Vanderlinden, 2016). Pour aller plus loin, la psychanalyse considère que ces expériences traumatiques viennent aussi bien d'un monde concret, que d'un monde interne, et donne une même valeur aux situations réelles, qu'à celles issues de scénarii fantasmatiques. Sont alors traumatiques, tous les événements qui aboutissent à « des affects pénibles, comme la frayeur, l'anxiété ou la honte » (Dumet & Ferrant, 2009), qu'ils soient issus « des événements réels, mais aussi des événements psychiques : l'angoisse, les souvenirs, les fantasmes » (Dumet & Ferrant, 2009). Ce choc psychologique va alors agir « comme un "corps étranger" interne qui, même longtemps après l'événement, continue à produire ses effets » (Dumet & Ferrant, 2009). Ainsi, on pourrait définir trois temps successifs pour qu'apparaisse un traumatisme (Pardinielli & Mariage, 2015) :

- **La préhistoire** qui correspond à la période précédant le traumatisme. Elle englobe l'état émotionnel, la situation lors de l'événement (un environnement menaçant et/ou insécurisant) et l'histoire personnelle du sujet (éventuelle succession de traumatismes).
- **Le moment de l'événement** qui est désorganisateur pour le fonctionnement psychique et va laisser « des traces conscientes, émotionnelles représentatives et inconscientes » (Pardinielli & Mariage, 2015).
- **Les suites de l'événement** qui se situent à une distance plus ou moins longue de l'événement, après le temps de latence, où les sujets vont développer une symptomatologie conduisant par exemple, à l'évitement, la protection ou la répétition.

Dans le champ psychanalytique, le concept de traumatisme s'est construit grâce à de nombreux apports. La psychanalyse trouve son origine dans les travaux freudiens relatifs à la théorie de la séduction qui postulait l'existence en deux temps d'une séduction précoce de l'enfant par un adulte et conduisant aux névroses. Le premier temps, est la scène dite de la séduction où l'enfant est victime d'une tentative de séduction de la part de l'adulte. Il reçoit alors un afflux d'excitations nouvelles impossibles à psychiser car il est démuni face à son immaturité psychique et physique. Le second temps, se déroule après la puberté, lors d'une scène banale qui réactivera l'image traumatique infantile. D'abord supposé réel par Freud, puis remis en cause en 1897 dans une lettre à Fliess, il considère par la suite qu'il faut s'intéresser, non plus à l'événement en soi, mais à la réalité psychique du sujet, autrement dit, au fantasme.

Ce n'est que plus tard, en 1920, qu'il proposera une nouvelle explication du traumatisme, à travers la définition du pare-excitations. Ce dernier « fonctionne comme une enveloppe ou membrane spéciale qui tient l'excitation à l'écart : les énergies du monde extérieur ne peuvent ainsi transmettre qu'un fragment de leur intensité aux couches voisines » (Freud, 1920). Les traumatismes sont donc « des excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare-excitations » (Freud, 1920). Une fois effracté, le Moi est débordé et ne peut alors plus traiter cette surcharge pulsionnelle de déliaison. Lighezzolo et De Tychev soulignent également cette notion en disant que « ce n'est pas l'événement en soi qui est traumatique, mais l'incapacité à l'intégrer à un niveau intrasubjectif » (Lighezzolo & Tychev, 2004). Le traumatisme est alors un « événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations » (Laplanche et al., 1967). Son origine pourra donc être due à :

- **Un facteur isolé** qui peut « devenir traumatique dès lors qu'il est intense et brutal » (Lighezzolo & Tychev, 2004).
- **Une somme d'événements plus mineurs** qui « peut aboutir au même résultat dès lors qu'elle dépasse les possibilités d'élaboration défensive et mentale du Moi du sujet » (Lighezzolo & Tychev, 2004).

Dans son dernier ouvrage, et dans la continuité des travaux de Ferenczi, Freud souligne la présence de traumatismes infantiles entraînant des atteintes précoces du Moi et des blessures narcissiques (Freud, 1939). Ceux-ci impactent négativement le fonctionnement psychique au niveau de son développement et de sa structuration. En ce sens, nous pouvons faire un lien avec les travaux issus de la théorie de l'attachement, que nous évoquerons ultérieurement. Ces derniers montrent l'importance des soins parentaux dans le développement harmonieux et la construction non pathologique d'un enfant.

Dans une relecture des travaux freudiens, Dumet et Ferrant soulignent que le débordement interne des excitations causé par le traumatisme « est la conséquence d'une perte » (Dumet & Ferrant, 2009). « La perte de l'objet, ou la perte de l'amour de l'objet, créent une situation de déséquilibre profond chez le sujet » (Dumet & Ferrant, 2009). Cette perte renvoie alors « à la situation où l'on cesse définitivement de posséder ce dont nous pouvions autrefois

disposer, que ce soit une faculté particulière, une aptitude personnelle ou un bien matériel » (Aubry & Vercruysse, 2009). De plus, il est possible de classer l'ensemble des traumatismes en trois types de pertes auxquelles le sujet doit faire face (Aubry, Vercruysse, 2009) :

- **La perte relationnelle** qui caractérise les traumatismes liés aux carences affectives et représente une expérience subjective de perte réelle (exemple : la séparation) ou fantasmée (exemple : le sentiment de rejet). Cette perte peut concerner une relation significative dans son entièreté (exemple : la rupture de la relation) ou certains éléments de celle-ci (exemple : la perte de confiance accompagnée du sentiment d'avoir été trahi) (Briand-Malenfant, Lecours, & Deschenaux, 2010).
- **La perte relationnelle associée à la mort** qui, liée à la disparition d'un être proche, confronte le sujet aux complications du deuil où « la souffrance est augmentée en intensité et en temps, nuisant aux possibilités du travail de deuil de s'engager ou de parvenir à son terme » (Philippin, 2006).
- **La perte d'ordre narcissique** qui implique un deuil de soi résultant du vécu d'un événement traumatique telles que les violences directes ou indirectes. En raison de cet événement et « pour survivre narcissiquement, le patient se retire de son expérience subjective, se coupe de l'introjection pulsionnelle en cours et pour ce faire, se clive lui-même afin de séparer la partie survivante de la partie affectée par le traumatisme » (Bokanowski, 2002).

Face à de tels événements de vie difficiles et traumatiques et aux pertes qu'ils provoquent, il est important que le sujet réalise un travail de deuil de la perte. Il s'agira d'un « travail psychique conscient et inconscient de détachement au travers du désinvestissement affectif de l'objet perdu » (Aubry & Vercruysse, 2009). C'est à cette condition que le sujet trouvera un nouveau développement qui pourra être qualifié de résilient. A contrario, l'entrave de ce travail « d'élaboration psychique de la perte peut induire de nombreuses complications, y compris somatiques » (Aubry & Vercruysse, 2009).

### **3.1.2. Traumatismes et événements potentiellement traumatiques**

#### **3.1.2.1. Les abus**

Les situations d'abus sont multiples et renvoient aux attaques d'une tierce personne envers un sujet. Leurs conséquences sont variables, mais vont généralement entraîner des atteintes, aussi bien sur la perception de soi, que dans les relations avec autrui. Trois formes d'abus sont à distinguer : sexuel, physique, psychologique ou émotionnel.

Le premier, se rapporte à des contacts, des comportements ou des interactions (visuelles, verbales, etc.) de nature sexuelle entre une victime et un agresseur. Il caractérise toutes les situations où un agresseur se sert d'une autre personne, qu'elle soit enfant, adolescent, ou adulte, afin d'accomplir sa propre stimulation sexuelle, sans consentement de la victime. La contrainte explicite de la victime par l'agresseur « est un élément fréquent, mais non essentiel de ce type d'abus » (Paquette, Laporte, Bigras, & Zoccolillo, 2004).

Le second, fait référence à des violences physiques subies par une victime de manière ponctuelle, ou répétée. Celles-ci peuvent être intentionnelles ou dues à un débordement émotionnel, comme la colère. Ces attaques impliquent « des blessures ou un risque de blessure » (Paquette et al., 2004) pour la victime, même si les séquelles ne sont pas toujours visibles.

Le troisième, renvoie à « des interactions négatives sans impliquer le média du corps » (Giraudeau, 2015). Cette forme de maltraitance est souvent invisible, puisqu'elle ne laisse aucune séquelle ou lésion objectivable, contrairement aux violences physiques. En effet, ces attaques vont concerner la valeur du sujet en tant que personne, son sentiment de bien-être, ainsi que tous les comportements humiliants, abaissants ou menaçants (Paquette et al., 2004). Ainsi, il est possible de déterminer sept formes de maltraitements psychologiques chez l'enfant : un rejet de ce dernier, un isolement contraint, un climat de terreur, un appauvrissement intentionnel de son environnement, des tentatives de corruption pour qu'il réalise de mauvaises actions, des agressions verbales (insultes, humiliations, etc.), et une oppression (attentes inadaptées à la situation de l'enfant) (Giraudeau, 2015).



### 3.1.2.2. Les négligences

Une négligence peut être considérée comme un déficit d'attention des parents vis-à-vis de leur enfant. Cependant, il est difficile de « décrire les manifestations qui caractérisent le phénomène de la négligence » (Lacharité, Éthier, & Nolin, 2006). En effet, le concept de négligence sous-tend « la présence de théories implicites qu'une collectivité, à une époque donnée, se construit des besoins fondamentaux des enfants et des jeunes » (Lacharité et al., 2006). Ainsi, ces besoins sont dépendants des facteurs sociétaux et culturels et peuvent évoluer avec le temps. Néanmoins, ils permettent de « souligner le caractère incontournable ou irréductible de la satisfaction de certains besoins pour le développement des enfants » (Lacharité et al., 2006). Ils se distinguent en besoins physique, éducatif, et psychologique (Tchernicheff, 2011). Les premiers, incluent les besoins vitaux, comme le fait d'être nourri, protégé contre les dangers physiques et les rigueurs de l'environnement, mais aussi de pouvoir être soigné quand le requiert son état de santé (Lacharité et al., 2006; Tchernicheff, 2011). Les seconds, comprennent la disposition aux « expériences d'apprentissage pertinentes au regard du développement et de la culture, ou [aux] structures d'autorité, [aux] limites ou d'attentes claires fasse à sa conduite » (Lacharité et al., 2006). Enfin, les derniers, sont les plus compliqués à définir car ils suscitent « des divergences d'opinions voire des prises de position diamétralement opposées » (Lacharité et al., 2006). Toutefois, il est possible de déterminer au moins un besoin psychologique fondamental faisant consensus chez différents auteurs (Brazelton & Greenspan, 2000; Crittenden, 1999; Lacharité et al., 2006; Rohner, 1986; Tchernicheff, 2011). Celui-ci consiste en une stabilité des relations affectives entre l'enfant et d'autres personnes, qui ont une capacité et qui sont disposées à lui porter une attention et à se soucier de lui.

Selon les auteurs, ces besoins fondamentaux permettent de créer de deux à quatre catégories de négligences. Pour Carter et Myers, il y aurait quatre types de négligences : physique, éducative, émotionnelle et médicale (omission de soins, refus de traitement, y compris en santé mentale, etc.) (Carter & Myers, 2007). D'après la classification proposée par le Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), nous ne retrouvons que les négligences physique et émotionnelle (Paquette et al., 2004). En observant avec plus de précision les items de ces deux catégories, nous remarquons que les négligences physiques et médicales ont été fusionnées, de même pour celles éducatives et émotionnelles. C'est cette classification proposée par le CTQ que nous retiendrons pour notre recherche.

Ici, nous considérerons que « la négligence émotionnelle réfère à des situations où les personnes qui prennent soin de l'enfant ne répondent pas adéquatement à ses besoins psychologiques et affectifs de base, notamment l'amour, l'encouragement, le sentiment d'appartenance et le support » (Paquette et al., 2004). La négligence physique concerne « les situations où les personnes qui prennent soin de l'enfant ne répondent pas adéquatement à ses besoins physiques, incluant le fait de nourrir, d'abriter, de superviser et de veiller à la santé et à la sécurité de l'enfant » (Paquette et al., 2004).

### 3.1.2.3. Le deuil difficile

Le deuil est un processus normal et une conséquence du « décès d'un individu avec qui on a eu une relation étroite. Cet état inclut un éventail de réactions de douleur liée au deuil et au processus de deuil » (American Psychiatric Association, 2015). Un deuil normal se déroule en trois grandes étapes. La première, est « un état de choc empreint à la fois d'abattement et de manifestations émotionnelles aiguës » (Philippin, 2006). Par la suite, le sujet intègre psychiquement et symboliquement la perte et entame la seconde étape de résolution du deuil qui correspond à un état de dépression réactionnelle. Enfin, l'ultime étape se caractérise par la « possibilité de se souvenir du défunt sans douleur excessive » (Philippin, 2006). Le sujet retrouve alors une capacité à réinvestir sa vie, avec d'éventuelles nouvelles relations.

Au-delà de douze mois, si le processus de deuil normal s'enkyste, on parlera de deuil complexe persistant (American Psychiatric Association, 2015), ou encore de deuil compliqué, dont on distingue trois types :

- **Le deuil différé** où « le refus initial de la perte se prolonge de manière anormale, empêchant l'engagement réel dans le deuil » (Philippin, 2006).
- **Le deuil inhibé** où les troubles somatiques sont omniprésents « au détriment des manifestations affectives normalement présentes en situation de deuil » (Philippin, 2006).
- **Le deuil chronique** où l'élaboration de la perte n'est pas efficiente, ce qui a pour conséquence d'enliser le sujet dans une dépression chronique (Philippin, 2006).

Juxtaposé à la notion de deuil compliqué, le deuil pathologique est « la survenue d'une maladie physique ou mentale dans la période du deuil » (Philippin, 2006). Cette maladie n'a

pas pour cause le deuil, mais se déclenche à la suite du débordement des capacités intrapsychiques du sujet dû à l'impact émotionnel du décès.

Dans notre étude, nous regrouperons les deuils compliqués et pathologiques sous le terme de « deuil difficile », terme qui sera utilisé auprès des patients rencontrés.

### **3.1.3. Obésité et traumatismes**

Précédemment, nous avons relié les troubles des conduites alimentaires avec le développement d'une obésité et notamment ceux sans comportement compensateur. Durant ces dernières années, la communauté scientifique s'est intéressée de manière croissante aux liens pouvant être fait entre obésité, TCA et une origine psychotraumatique. Nous allons donc, dans cette partie, présenter une synthèse des principales études sur le sujet.

Dans une récente revue de littérature, 87 % des études répertoriées sur les bases de données en psychologie rapportent que les événements de vie difficiles sont l'un des facteurs de risque de développement d'une obésité et de troubles alimentaires (Palmisano et al., 2016). Il apparaît en effet, que les expériences d'adversité précoces sont prédictives d'une obésité à l'âge adulte, et que, plus le nombre de catégories d'événements est important plus le risque est augmenté (Anda et al., 2006; Bellis, Lowey, Leckenby, Hughes, & Harrison, 2014; Downey, Gudmunson, Pang, & Lee, 2017; Gunstad et al., 2006). De telles expériences sont aussi corrélées avec la sévérité des BED (Degortes et al., 2014). De ce fait, nous proposons de définir plus précisément les prévalences des différentes expériences d'adversité en fonction des troubles alimentaires, puis de l'obésité.

Tout d'abord, concernant les antécédents d'abus sexuels infantiles chez les sujets ayant des troubles alimentaires, on note une nette différence entre la prévalence chez les femmes (23,6 %) et chez les hommes (8,5 %) (Gabert et al., 2013). En considérant les études sur une population générale avec BED, la prévalence de ces événements se situe entre 8,6 % et 56,7 % (Allison, Grilo, Masheb, & Stunkard, 2007; Grilo & Masheb, 2001, 2002; Mitchell et al., 2012; Pike et al., 2006; Striegel-Moore, Dohm, Pike, Wilfley, & Fairburn, 2002). Ainsi, ces résultats vont dans le sens d'une association forte entre les troubles alimentaires à l'âge adulte et les abus sexuels dans l'enfance (Palmisano et al., 2016).

Concernant les abus physiques infantiles, les constats sont identiques car ils sont également associés à l'émergence de BED à l'âge adulte (Palmisano et al., 2016). En effet, il apparaît que de telles expériences ont une prévalence comprise entre 16,7 % et 65 % chez les

personnes ayant des BED (Allison et al., 2007; Grilo & Masheb, 2001; Mitchell et al., 2012; Pike et al., 2006; Striegel-Moore et al., 2002).

En s'intéressant maintenant aux abus psychologiques, ceux-ci seraient aussi liés aux BED avec une prévalence comprise entre 52,6 % et 59 % (Allison et al., 2007; Grilo & Masheb, 2001, 2002). De plus, une étude souligne la présence d'un lien entre ces abus et les NES (Allison et al., 2007).

Les négligences sont aussi associées aux troubles alimentaires, notamment celles que nous avons définies précédemment. Les négligences psychologiques ont une prévalence comprise entre 67,2 % et 69 % chez les sujets présentant des BED (Allison et al., 2007; Grilo & Masheb, 2001, 2002). Les négligences physiques, elles, ont une prévalence comprise entre 48,6 % et 50 % (Allison et al., 2007; Grilo & Masheb, 2001, 2002).

Concernant les événements de deuils difficiles, les sujets avec BED ont une prévalence de 26,2 % et de 11,2 % pour les accidents (Degortes et al., 2014). Comparativement à des patients boulimiques, ils auraient un risque de présenter de telles expériences, respectivement 2,2 (1,1-4,4) fois et 6,6 (1,4-30,4) fois plus élevé (Degortes et al., 2014). À l'heure actuelle, cette association entre les troubles alimentaires et les événements de vie difficiles et traumatiques est plutôt consensuelle. Pour l'étayer, des recherches complémentaires seraient utiles (Palmisano et al., 2016), d'autant plus que la majorité des cas d'obésité sévère ou massive est aussi concernée par de tels troubles.

Lorsque l'on s'intéresse aux études rapprochant les événements de vie difficiles et traumatiques et l'obésité, nous constatons une plus grande profusion d'études. La maltraitance infantile serait aussi associée au surpoids et à l'obésité (Nagl, Steinig, Klinitzke, Stepan, & Kersting, 2016). Concernant les abus, une étude récente souligne que 33 % des personnes en situation d'obésité ont subi des abus physiques ou sexuels (Walsh, Rosenstein, Dalrymple, Chelminski, & Zimmerman, 2017). Les antécédents d'abus sexuels infantiles sont prédicteurs de l'obésité (Aaron & Hughes, 2007; Brewer-Smyth, 2014; Chartier, Walker, & Naimark, 2009). Néanmoins, on observe une différence significative entre les prévalences selon le sexe : comprise entre 11,5 % et 29,6 % chez les femmes (Oppong, Nickels, & Sax, 2006; Quenot et al., 2012) et entre 1,5 % et 11,5 % chez les hommes (Oppong et al., 2006; Quenot et al., 2012). Cependant, l'abus sexuel chez l'homme conduit bien à une augmentation du risque de surpoids et d'obésité (Fuemmeler, Dedert, McClernon, & Beckham, 2009). Sur des échantillons de patients en situation d'obésité, sans différenciation de sexe, la prévalence de ces événements se

situe entre 4,8 % et 32,1 % (Aaron & Hughes, 2007; Anda et al., 2006; Chartier et al., 2009; Clark, Thatcher, & Martin, 2009; Grilo et al., 2005; Grilo, White, Masheb, Rothschild, & Burke-Martindale, 2006; McIntyre et al., 2012; Salwen, Hymowitz, Vivian, & O'Leary, 2014; Sansone, Schumacher, Wiederman, & Routsong-Weichers, 2008).

Concernant les abus physiques infantiles, ils seraient aussi prédictors de l'obésité (Hollingsworth, Callaway, Duhig, Matheson, & Scott, 2012; Jia, Li, Leserman, Hu, & Drossman, 2004). En effet, de telles expériences ont une prévalence comprise entre 8 % et 41,9 % (Anda et al., 2006; Chartier et al., 2009; D'Argenio et al., 2009; Davis et al., 2014; Grilo et al., 2005, 2006; Hollingsworth et al., 2012; McIntyre et al., 2012; Salwen et al., 2014). Cependant, d'après des études, il y aurait une différence de prévalence selon le sexe, entre 9,7 % et 26,2 % pour les femmes et 4,9 % et 13,4 % pour les hommes (Fuller-Thomson, Sinclair, & Brennenstuhl, 2013; Quenot et al., 2012).

Les abus psychologiques seraient eux aussi, liés à l'obésité puisque leur prévalence est comprise entre 10,2 % et 46 % (Anda et al., 2006; Davis et al., 2014; Grilo et al., 2005, 2006; Gunstad et al., 2006; Hollingsworth et al., 2012; Salwen et al., 2014; Sansone et al., 2008) comparativement à des personnes normo-pondérales (2 %) (Gunstad et al., 2006).

Même si elles sont moins étudiées, les négligences infantiles sont corrélées avec l'obésité (Whitaker, Phillips, Orzol, & Burdette, 2007). Concernant celles physiques, elles représentent une prévalence de 9,1 % à 32,1 % (Grilo et al., 2005, 2006; Hollingsworth et al., 2012; Salwen et al., 2014; Sansone et al., 2008). Quant à elles, les négligences psychologiques concernent entre 8 et 49,6 % de la population en situation d'obésité (Grilo et al., 2005, 2006; Hollingsworth et al., 2012; Salwen et al., 2014; van Reedt Dortland, Giltay, van Veen, Zitman, & Penninx, 2012). En détaillant ces négligences chez les hommes et femmes en situation d'obésité, les carences affectives représenteraient respectivement 41,4 % et 64,4 %, les phénomènes de parentisation 7,6 % et 19,2 %, et les histoires abandonniques 21 % et 33,8 % (Quenot et al., 2012). Quant à eux, les éprouvés de deuils difficiles ont une prévalence de 11,5 % pour les femmes et 12,5 % pour les hommes (Quenot et al., 2012).

Ainsi, les antécédents d'événements de vie difficiles et traumatiques sont aujourd'hui associés aux troubles alimentaires et au développement d'une obésité à l'âge adulte. De ce fait, cette association nous permet de formuler une nouvelle hypothèse :

- **Conformément à la littérature actuelle, nous attendons de trouver une prévalence d'événements de vie difficiles et traumatiques chez les personnes en situation d'obésité sévère ou massive.**

Cependant, en considérant que les traces laissées par un traumatisme sont variables d'un individu à l'autre, il s'agira de mieux cerner les potentialités restauratrices susceptibles de favoriser une trajectoire résiliente chez des sujets en situation d'obésité.

## **3.2. La résilience, un concept opérant dans l'obésité**

Comme vu précédemment, l'implication d'événements de vie difficiles ou traumatiques dans la constitution d'une obésité est de plus en plus avérée. Face à ce constat, proposer un concept psychologique opérant est essentiel. Celui de la résilience apparaît particulièrement adapté, répondant à une absence de publications dans la littérature internationale reliant obésité, traumatisme, et résilience. Ainsi, dans un premier temps, nous rappellerons théoriquement le concept de résilience et l'adapterons ensuite, à l'obésité.

### **3.2.1. Définition et étymologie**

Le terme "résilience" trouve son origine, non pas en psychologie, mais en physique. Il désigne « la caractéristique mécanique définissant la résistance aux chocs d'un matériau » (*Le Grand Larousse Illustré 2018*, 2017). Il est donc question de la propriété physique de se plier sans se casser sous la pression d'une force. D'un point de vue étymologique, la résilience vient du latin "resilire" ou "re-salire", qui évoque l'action de sauter en arrière, se rétracter, revenir en sautant, rebondir, rejaillir.

Ce mot apparaît pour la première fois en 1626, dans une œuvre philosophique anglaise, où il signifie rebondir, se redresser. La psychologie s'est peu à peu appropriée ce terme en l'adaptant à l'être humain. La résilience devient alors la capacité d'un sujet à faire face à des événements de la vie et à les traverser grâce à une adaptation non délétère. De ce fait, nous allons décrire l'évolution de cette notion afin d'aboutir à une conceptualisation intégrative que nous retiendrons comme cadre à notre recherche.

### 3.2.2. Historique

Le concept de résilience tire son origine dans les années 1970 et a émergé à partir des notions de risque, de vulnérabilité et d'invulnérabilité.

Tout d'abord, la médecine s'intéresse à la notion de risque et cherche à identifier ces facteurs chez un sujet en les liant à la survenue de troubles ou de maladies. L'objectif de ces recherches est de construire des programmes de prévention pour les limiter et ainsi, diminuer les pathologies associées. Les facteurs de risque sont alors classés en deux catégories :

- **Ceux liés aux caractéristiques du sujet :**
  - Les différences sexuelles
  - Un faible QI
  - Un tempérament difficile
  - Une prématurité à la naissance
  - Un handicap
- **Ceux associés à l'environnement :**
  - Une situation familiale perturbée comme les troubles psychiatriques ou les comportements addictifs chez les parents, le décès d'un ou des parents, les violences familiales, les divorces ou séparations parentales, etc.
  - Les facteurs sociaux ou environnementaux comme le chômage parental, la pauvreté ou une situation socio-économique faible, un logement surpeuplé, etc.
  - Les menaces vitales pour la personne comme la confrontation à la guerre, à des catastrophes naturelles, etc. (Lighezzolo & Tychev, 2004; Theis, 2006).

Une fois ces facteurs identifiés, nous avons recherché le poids de ceux-ci dans l'apparition des effets pathologiques. Il s'est alors avéré que « la présence d'un seul facteur de risque n'augmente pas la probabilité de voir apparaître un trouble psychiatrique ; par contre, la présence de deux facteurs la multiplie par quatre, et celle de quatre facteurs ou plus, par dix » (Theis, 2006). Ces recherches considèrent le sujet comme une somme de facteurs de risque et conduisent ainsi à la notion de vulnérabilité. Dans les années 1970, ce modèle de vulnérabilité est théorisé par des médecins et des psychanalystes français et anglo-saxons. Ce modèle tente

d'éclairer la clinique des maladies psychopathologiques en expliquant une partie de leurs causes. Cependant, il sera rapidement remis en cause. En effet, d'innombrables personnes présentent des facteurs de risque importants sans jamais développer de psychopathologies. De plus, il « ne permet en rien de prédire précisément l'expression d'un trouble chez l'enfant soumis à un contexte pathogène » (Lighezzolo & Tychev, 2004).

Ces fragilités du modèle de la vulnérabilité ouvrent alors le champ à la construction du concept d'invulnérabilité. Son objectif est de compléter le premier en répondant au vide théorique énoncé précédemment. Ainsi, il va opposer des sujets hyper-vulnérables, à des personnes qui, malgré l'accumulation de nombreux facteurs de risques, résistent, et ce, en l'absence de psychopathologie. Malgré les apports de ce modèle, des fragilités persistent. Effectivement, il ne considère pas la prédétermination et ne peut toujours pas prédire ou expliquer l'origine de la résistance plus ou moins forte d'un sujet face à un traumatisme. Cette incapacité à expliquer pourquoi les personnes invulnérables ne basculent pas dans la pathologie mentale a donc rendu obsolète ce modèle de la vulnérabilité-invulnérabilité. De ce fait, cette absence de modèle valable cliniquement a favorisé la naissance du concept de résilience. Nous allons donc résumer l'ensemble des courants de pensée qui se sont intéressés à cette conceptualisation et ont contribué à son développement.

La première théorisation que nous allons présenter, s'est construite sous une obédience cognitivo-comportementale et fait référence au modèle intégratif du stress défini par Lazarus et Folkman. Nous souhaitons préciser que cette conceptualisation ne doit pas être confondue avec le concept de traumatisme que nous avons précédemment défini. Ce courant s'intéresse aux stratégies de coping mis en place par le sujet, c'est-à-dire à « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'une personne » (Lazarus & Folkman, 1984). Les styles de coping sont :

- **Centrés sur la résolution de problème** pour minimiser, voire supprimer les effets de l'agent stresseur (Lazarus & Folkman, 1984).
- **Centrés sur l'émotion** pour réduire la charge émotionnelle de l'événement par le pleur, la colère, ou les confidences (Lazarus & Folkman, 1984).
- **Actifs** pour minimiser, voire supprimer le stresseur en engageant une action immédiate (Muller & Spitz, 2003).



- **Centrés sur la recherche de soutien social instrumental** pour rechercher des conseils auprès d'un tiers (Muller & Spitz, 2003).
- **Centrés sur la recherche de soutien social émotionnel** pour rechercher un soutien, une sympathie, une compréhension chez un tiers (Muller & Spitz, 2003).
- **D'évitement** où le sujet va investir une stratégie passive pour réduire ses tensions émotionnelles (Muller & Spitz, 2003).

Cette approche cognitivo-comportementale de la résilience « comporte l'avantage de se centrer sur la sphère consciente de l'individu, les mécanismes cognitifs impliqués, et de suivre ses productions en termes de comportements observables pour rendre compte de son adaptation au stress de l'environnement » (Lighezzolo & Tychev, 2004). Cependant, ce modèle néglige le sujet dans sa composante inconsciente car il ne s'intéresse pas aux dimensions intrasubjectives et intersubjectives.

Le second courant, issu de la santé publique, a conceptualisé une approche centrée sur les facteurs de protection et les facteurs de risque. Ce modèle est « compensatoire où la résilience serait fonction de l'équilibre entre un certain nombre de facteurs de risque et par la présence de facteurs simultanés de protection » (Lighezzolo & Tychev, 2004). Les facteurs de risque se répartissent en deux catégories (Lighezzolo & Tychev, 2004) :

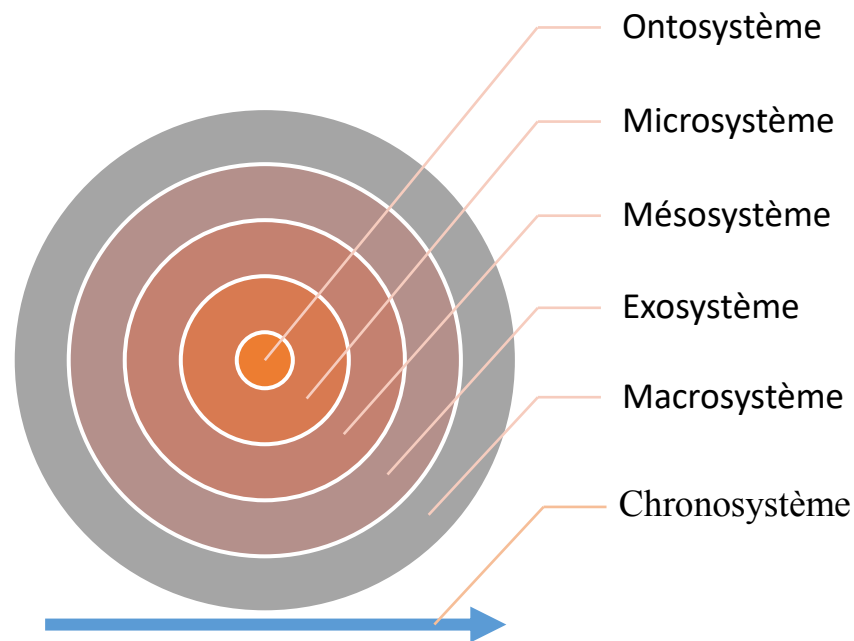
- **Ceux relatifs à l'environnement :**
  - Une pauvreté chronique de l'environnement familial
  - Un logement surpeuplé
  - Une maladie somatique parentale chronique
  - La perte d'un membre de la famille
  - La violence ou l'alcoolisme d'un parent
  - La confrontation directe à une catastrophe naturelle ou terroriste
  - Etc.
- **Ceux relatifs au sujet lui-même :**
  - Un faible QI
  - Une pauvreté du fonctionnement mental
  - Une faible estime de soi
  - Une séparation précoce d'avec la mère
  - Etc.

De même, les facteurs de protection se répartissent en deux catégories (Lighezzolo & Tychev, 2004) :

- **Ceux relatifs à l'environnement :**
  - Une relation sécurisante et chaleureuse avec un ou ses deux parents
  - Une famille avec un niveau socio-économique élevé
  - Une harmonie familiale
  - Un soutien social important au-delà de la famille
  - Etc.
  
- **Ceux liés au sujet :**
  - La capacité à donner du sens à la vie malgré les difficultés rencontrées
  - Être une fille avant l'adolescence et un garçon durant l'adolescence
  - Être sociable
  - Un QI élevé
  - Une foi religieuse
  - Une capacité de compréhension d'autrui et d'empathie, c'est-à-dire avoir une bonne intelligence émotionnelle (QE)
  - Se défendre efficacement face aux agressions
  - Un sentiment d'auto-efficacité et d'estime de soi
  - Etc.

Cette théorisation factorielle du processus de résilience apporte une compréhension de l'interaction entre facteurs de risque et de protection. Toutefois, la valeur scientifique de certains critères est discutable. En effet, il semble difficile d'affirmer un lien de causalité ou une corrélation entre ces derniers et le processus résilient. De plus, une hiérarchisation des facteurs de protection et de risque, en fonction de leur poids, est compliquée, voire impossible à théoriser. Ainsi, ce modèle de santé publique apporte une meilleure compréhension de la résilience, bien que son utilisation le condamne à être cumulatif et donc, réducteur.

Le troisième courant présente une approche écosystémique de la résilience et s'inscrit dans un point de vue multifactoriel (Bronfenbrenner, 1996; Jourdan-Ionsecu, 2001). Cette obédience considère le sujet au centre d'un système interactionnel. Ce modèle est constitué de cinq strates allant de l'individu à la société, en fonction d'un axe transverse qui est le temps (Figure 5).



*Figure 5 : Modèle écosystémique de la résilience*

L'ontosystème représente le sujet en tant que composante biopsychologique et cognitive. Le microsystème comprend la famille nucléaire ainsi que l'entourage immédiat du sujet. Le mésosystème caractérise les interrelations entre les divers microsystèmes existants. L'exosystème est la communauté, l'appartenance sociale du sujet et représente les institutions de la société (l'école, le milieu professionnel, etc.). Le macrosystème, lui, symbolise la société au sens large avec l'ensemble de ses valeurs, ses croyances, sa culture, etc. Enfin, l'axe transverse, le chronosystème est la ligne du temps qui s'étire de la naissance à la mort en passant par toutes les étapes de la vie (l'adolescence, les grossesses, les décès, etc.). Ainsi, cette approche écosystémique de la résilience apporte un complément indéniable concernant la prise en compte des ressources de l'environnement dans le processus. Cependant, celle-ci minimise les caractéristiques individuelles du sujet, notamment celles issues de son fonctionnement intrapsychique. De ce fait, suite à ces constats, nous allons désormais d'écrire l'approche psychodynamique, que nous retiendrons pour notre recherche.

### **3.2.3. Le modèle psychodynamique de la résilience**

Le modèle théorique psychodynamique définit la résilience comme « la capacité de l'être humain, à résister, rebondir, se reconstruire malgré la survenue d'un ou de plusieurs traumatismes » (Lighezzolo & Tychey, 2004). Cette définition considère comme centrale, la

notion de traumatisme. D'autres concepts structurent cette théorie comme la mentalisation, les mécanismes de défense, la relation d'attachement, le tuteur de développement et le tuteur de résilience (Lighezzolo & Tychev, 2004).

### 3.2.3.1. Les mécanismes de défense

Les mécanismes de défense sont « l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire ; de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique » (Laplanche et al., 1967). Ainsi, ils « servent d'intermédiaires dans la réaction de l'individu aux conflits émotionnels et aux facteurs de stress externes » (American Psychiatric Association, 2015). Il est possible de distinguer trois grands types de mécanismes de défense (American Psychiatric Association, 2004; Anaut, 2005; Cyrulnik, 2003a; Ionescu, Jacquet, & Lhote, 1997; Lighezzolo & Tychev, 2004) :

- **Les immatures** comme la projection ou la fuite dans un acte agit.
- **Les adaptatifs dans des situations de légitime défense** qui sont très efficaces à court terme mais qui peuvent devenir pathologiques à long terme, car ils entravent le psycho-développement (clivage et déni).
- **Les constructifs matures** dont le sujet peut tirer des bénéfices pendant toute sa vie. Pour exemple, nous pouvons citer la sublimation, l'humour, l'altruisme ou encore l'anticipation, qui, utilisés de manière souple, accompagnent et aident le sujet dans la gestion et l'acceptation d'événements traumatiques.

Lors de l'analyse de ces mécanismes de défense, il est important d'étudier leur nature, leur variété, mais aussi leur souplesse (Bergeret, 2004; De Tychev, 2001; Lighezzolo & Tychev, 2004). En effet, « utilisés de manière souple, ils contribuent à atténuer le choc, l'impact des représentations et affects perturbants associés à la situation traumatique » (De Tychev, 2001). Ainsi, ils permettent de préparer le travail d'élaboration de la mentalisation. Au contraire, utilisés de manière rigide, ils interdisent « toute possibilité de traitement mental effectif des tensions reliées à la situation traumatique initiale » (De Tychev, 2001). Dans cette situation, il devient alors discutable de parler de résilience à cause de la suspension du processus de mentalisation, et ce, même si ces derniers peuvent préserver le sujet « d'un risque de décompensation somatique ou comportementale en le maintenant dans une pseudo adaptation sociale de surface » (De Tychev, 2001).

De la sorte, les mécanismes de défense sont le support du processus de résilience, lorsque ces derniers permettent au Moi « de faire face aux représentations et aux affects de déplaisir très importants suscités par le traumatisme » (De Tychey & Dollander, 2010), et lorsqu'ils construisent un espace favorable à l'émergence du processus de symbolisation.

### 3.2.3.2. La relation d'attachement

La théorie de l'attachement se construit suite aux travaux successifs de Bowlby (Bowlby & Kalmanovitch, 1978), de Ainsworth (Ainsworth, 1978) et de Main (Mary Main, 1983). La relation d'attachement se définit d'après la qualité du lien primaire entre l'enfant et sa mère. Nous pouvons repérer quatre types d'attachements (Mary Main, 1983) :

- **Le sécure autonome** qui se construit face à une figure d'attachement réceptive et sensible aux besoins de l'enfant. Ce dernier est capable d'accepter la séparation sans trop d'inconfort et est en capacité d'explorer son environnement de manière autonome tout en étant heureux lors du retour de la figure d'attachement. Cette catégorie serait fortement corrélée au processus de résilience (Lighezzolo & Tychey, 2004).
- **L'insécure évitant** qui s'élabore dans l'interaction avec une figure d'attachement incapable de tenir compte des besoins émotionnels de l'enfant. Lors de la séparation, ce dernier masque sa détresse par un détachement et exprime, lors du retour de la figure d'attachement, un comportement d'indifférence ou d'évitement. L'enfant est dans l'impossibilité de partager ses affects et préfère se tourner vers l'environnement plutôt que vers la relation.
- **L'insécure ambivalent** qui se construit face à une figure d'attachement qui investit l'enfant pour combler un manque affectif. Lors de la séparation, l'enfant ne peut être rassuré, ce qui rend difficile son exploration de l'environnement. Lors du retour de la figure d'attachement, l'enfant présente des difficultés à se remettre de l'anxiété ressentie lors de la séparation. Il adopte donc une attitude ambivalente, entre recherche de contact et résistance/évitement.
- **L'insécure désorganisé** qui s'établit dans l'interaction avec une figure d'attachement ayant vécu des traumatismes non résolus et qui aurait un comportement effrayé ou effrayant avec l'enfant. Ce dernier présente des caractéristiques imprévisibles lors de la séparation et des retrouvailles, et agit de

manières contradictoire et déroutante. Il semblerait que ce type d'attachement soit corrélé à la présence de maltraitance ou de violence dans l'histoire du sujet.

De ce fait, ces différents types d'attachements primaires renseignent sur les vulnérabilités du sujet et constituent l'un des piliers du concept de résilience, en conditionnant ses modes d'investissements avec autrui. Cependant, bien que les personnes aux styles d'attachements insécures en conservent des traces, ceux-ci peuvent évoluer, grâce à leurs relations amoureuses ou thérapeutiques (Lighezzolo & Tychev, 2004) ou encore à un tout autre tuteur de résilience.

### **3.2.3.3. Le tuteur de développement et le tuteur de résilience**

Le tuteur de développement est le support identificatoire de l'enfant qui va « assimile[r] un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci » (Laplanche et al., 1967). Toutefois, lorsque ce support identificatoire parental est défaillant ou insuffisant, le sujet devra trouver un tuteur de résilience qui lui garantira un modèle de substitution sécurisant et suffisamment éloigné du modèle parental pathogène pour poursuivre son développement harmonieux. Ce tuteur de résilience est une personne respectueuse, qui écoute avec empathie, et qui ne porte pas de jugement. Il deviendra alors une cible identificatoire attractive servant la renarcissisation du sujet (Cyrulnik & Seron, 2013; Lighezzolo & Tychev, 2004). Néanmoins, le devenir n'est pas une chose aisée car « on ne s'autoproclame pas tuteur... on le devient lorsqu'on arrive à rendre l'autre conscient qu'il a des ressources » (Cyrulnik, 2003b). D'ailleurs, très souvent, un tuteur de résilience « n'a pas connaissance du rôle qu'il a joué » (Theis, 2006).

Ainsi, le concept de résilience défini dans l'approche psychodynamique tente de proposer un processus résilient prenant en compte aussi bien les facteurs environnementaux qu'intrapsychiques du sujet. C'est ce modèle que nous allons maintenant adapter à la problématique de l'obésité.

### **3.2.4. L'obésité massive à la lumière du concept de résilience**

Nous avons détaillé jusqu'ici la présence de liens entre l'obésité sévère ou massive et l'existence de psychopathologies ou d'événements de vie difficiles ou traumatiques. Dans ce contexte, il nous paraît intéressant de synthétiser l'ensemble de ces causes et conséquences dans un concept opérant, celui de la résilience. Cependant, à l'heure actuelle, d'après notre revue de

littérature, aucune étude n'a encore décrit la problématique de l'obésité à l'aide du processus de résilience.

La présence d'antécédents d'événements de vie difficiles et traumatiques justifie à elle seule, le recours au concept de résilience afin d'étudier avec plus de finesse le devenir du sujet confronté à l'adversité. De plus, comme nous l'avons déjà souligné, il n'est pas rare de repérer dans ces histoires de vie, des situations de carences affectives infantiles dont on sait que leurs conséquences s'inscrivent au niveau de la conscience émotionnelle (Bernard, Sanahuja, Bydlowski, & Serrier, 2017; Petrovic et al., 2009). Ceci se rapproche de la théorie proposée par Bruch, que nous avons déjà présentée, qui soutient l'existence d'une obésité dite développementale, causée par une confusion entre les besoins et les affects (Bruch, 1978). En outre, les travaux liant l'alexithymie et l'obésité corroborent cette hypothèse (Mariage, Cuynet, & Godard, 2008), et soulignent de ce fait, une difficulté de mentalisation des affects. De plus, cette difficulté d'expression des affects ne concernerait que « certains secteurs de la vie affective et relationnelle du sujet obèse » (Mariage et al., 2008), et notamment « l'expression et l'élaboration des sentiments négatifs » (Schiltz & Brytek-Matera, 2013).

Après avoir montré la légitimité du recours au concept de résilience, nous pouvons désormais poser l'hypothèse d'une absence de processus résilient chez ces patients en situation d'obésité sévère ou massive. Selon nous, plusieurs indicateurs signeraient cette absence de néo-développement. Le premier, nous venons de le voir, est la présence d'une faible capacité à identifier, différencier et exprimer ses émotions. Associés à cette faiblesse, les mécanismes de défense immatures, ou intermédiaires (Chabrol, 2005) renseignent sur la présence d'une lutte antidépressive, protégeant le Moi de la désorganisation progressive. Le modèle psychosomatique va aussi dans le sens de cette hypothèse. En effet, la psychopathologie associée, avec notamment les troubles alimentaires, signe également l'absence du processus de symbolisation et de fait, celle de résilience. L'ensemble de ces comportements vise à stabiliser le sujet afin de lui permettre de s'investir dans son environnement et de s'y adapter (Ionescu, 2011). Lors de notre mémoire de master, près de 55 % des sujets faisaient preuve d'une bonne adaptation à leur environnement (professionnel, amical, et familial) alors qu'au contraire, la quasi-totalité de notre échantillon présentait une fragilité psychique (Mathieu, 2014). Ce déséquilibre entre adaptation interne et externe peut facilement être décrit par la notion de pseudo-résilience mise en avant dans la thèse de Guittard en 1996. Pour l'auteur, la pseudo-résilience ou résilience de façade, s'oppose à la véritable résilience, car l'organisation de la personnalité sous-jacente est rigide, donnant l'impression d'une « illusion de puissance,

d'immunité au stress et de bien-être », mais où le corps est utilisé comme un substitut aux processus psychiques supérieurs (Guittard, 1996).

L'application du concept de résilience à la problématique de l'obésité massive apporte des éléments de compréhension sur l'intérêt de se décentrer de la seule symptomatologie (le surplus pondéral et les psychopathologies) afin de favoriser l'exploration et la prise en compte de leurs origines, autrement dit, des événements de vie difficiles et traumatiques. Lors de la rencontre avec le patient, cette conceptualisation incite à proposer un dispositif thérapeutique promouvant une reconstruction psychique par l'émergence de tuteur de résilience dans l'entourage du sujet. La psychothérapie est l'un des moyens à disposition permettant une élaboration des événements de vie du sujet et une diminution de son sentiment de honte (Schiltz & Brytek-Matera, 2013). Ainsi, pour répondre à cet objectif général, il faut aider la résilience « à se constituer en éléments suffisamment solides pour que l'individu soit en mesure de se développer et de construire à partir de ses expériences » (Anaut, 2009).

Cet éclairage proposé par le concept de résilience nous conduit désormais à avancer trois dernières hypothèses :

- **Au vu de l'ensemble des psychopathologies observées dans la littérature chez les sujets en situation d'obésité sévère ou massive, nous attendons que notre population présente un faible niveau de mentalisation.**
- **D'après les liens établis entre obésité, existence d'événements de vie difficiles et traumatiques et présence de psychopathologies, nous postulons une absence de processus résilient chez les patients au début du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.**
- **Au vu de l'amélioration attendue en termes de psychopathologies et de mentalisation, nous postulons également une amélioration du processus résilient chez les sujets en situation d'obésité sévère ou massive entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.**

#### **4. Hypothèses théoriques**

Nous sommes en mesure de synthétiser comme suit, l'ensemble des hypothèses théoriques formulées dans notre recherche :



## 4.1. Concernant la population étudiée

***Hypothèse 1** : Les sujets en situation d'obésité sévère ou massive et en demande de chirurgie bariatrique ont des difficultés physiques et psychiques importantes dès leurs entrées dans le parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.*

- **H1 a** : Conformément à la littérature, la qualité de vie de nos sujets en situation d'obésité sévère ou massive est altérée.
- **H1 b** : Au regard de la littérature scientifique, nous posons l'existence de TCA actuels ou passés dans la vie des sujets en situation d'obésité sévère ou massive.
- **H1 c** : Nous attendons que les sujets en demande de chirurgie bariatrique présentent des symptômes psychopathologiques présents ou passés (anxiété, dépression, tentatives de suicide, addictions, etc.).
- **H1 d** : Conformément à la littérature actuelle, nous attendons de trouver une prévalence d'événements de vie difficiles et traumatiques chez les personnes en situation d'obésité sévère ou massive.
- **H1 e** : Au vu de l'ensemble des psychopathologies observées dans la littérature chez les sujets en situation d'obésité sévère ou massive, nous attendons que notre population présente un faible niveau de mentalisation.
- **H1 f** : D'après les liens établis entre obésité, existence d'événements de vie difficiles et traumatiques et présence de psychopathologies, nous postulons une absence de processus résilient chez les patients au début du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.

## 4.2. Concernant l'effet du parcours de préparation

***Hypothèse 2** : Le parcours de soin proposé par le CHRU de Nancy dynamise un processus de changement chez les patients en demande de chirurgie bariatrique, ayant pour conséquence l'amélioration des difficultés constatées au début du parcours de préparation.*

- **H2 a** : À la suite du parcours de préparation, nous attendons d'observer une amélioration de la qualité de vie, notamment à la sous-échelle de qualité de vie psychologique.
- **H2 b** : Nous supposons une diminution des TCA en termes de fréquence et d'intensité entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.
- **H2 c** : À la fin du parcours de préparation à la chirurgie, nous attendons une diminution des psychopathologies, notamment de l'anxiété, de la dépression et des addictions.
- **H2 d** : Nous envisageons une amélioration de la qualité de mentalisation chez les patients entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.
- **H2 e** : Au vu de l'amélioration attendue en termes de psychopathologies et de mentalisation, nous postulons également une amélioration du processus résilient chez les sujets en situation d'obésité sévère ou massive entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.

# METHODOLOGIE

Les choix méthodologiques de cette recherche correspondent à ceux d'une approche semi-quantitative et longitudinale afin d'évaluer l'évolution somato-psychique des patients entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique. Nous décrirons les critères de sélection de notre population, avant de présenter les principales caractéristiques de celle-ci. Puis, nous exposerons les outils méthodologiques que nous avons utilisés dans notre recherche, avant de décrire la temporalité de cette dernière. Enfin, nous opérationnaliserons les hypothèses théoriques et exposerons notre méthode d'analyse statistique.

## 1. Description de la population

### 1.1. Les critères de sélection de la population

Pour répondre à nos hypothèses, nous avons constitué une cohorte de **200 patients** en situation d'obésité sévère ou massive et souhaitant réaliser une chirurgie bariatrique. Afin de limiter les biais de cette étude, nous avons défini des critères d'inclusion et d'exclusion.

Tout d'abord, les critères d'inclusion retenus sont les suivants :

- Les sujets doivent bénéficier d'un dispositif thérapeutique au sein du service UMCO du CHRU de Nancy et commencer le parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.
- Les patients doivent respecter les critères d'un IMC supérieur ou égal à 40 kg/m<sup>2</sup> ou d'un IMC supérieur ou égal à 35 kg/m<sup>2</sup> avec comorbidités sévères.
- Le dossier médical doit contenir un bilan complet de l'obésité des patients, c'est-à-dire un bilan médical, diététique et psychologique.

Les critères de non-inclusion retenus sont les suivants :

- Le refus du patient de rencontrer le psychologue chercheur ou de participer à la recherche.
- La présence d'un dossier médical incomplet.
- Les difficultés de compréhension de la langue française, parlée ou écrite.

## 1.2. Les caractéristiques de la population

**La population totale** de notre recherche comporte **200 sujets**, dont 153 femmes et 47 hommes. Nous allons présenter succinctement les caractéristiques de celle-ci en nous référant au Tableau 1, qui contient les données détaillées. La moyenne d'âge de notre population est de 43,50 ans, d'écart-type (ET) 11,74 ans. Tous nos patients sont en situation d'obésité sévère ou massive et souhaitent réaliser une chirurgie bariatrique. Ainsi, l'IMC moyen est de 45,54 kg/m<sup>2</sup> (ET = 7,19 kg/m<sup>2</sup>), dont la dispersion est comprise entre 34,53 kg/m<sup>2</sup> et 82,80 kg/m<sup>2</sup>. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe au niveau de l'IMC, même si nous constatons une différence en termes de taille et de poids ( $p < 0,0001$ ). La majorité de nos sujets vit en couple (67,50 %) dont 47,50 % sont mariés et 20,00 % sont en vie maritale. Les autres sont soit célibataires (16,50 %), soit divorcés (14,00 %) ou soit veufs (2,00 %). Cependant, nous constatons une différence significative en fonction du sexe ( $p = 0,038$ ) car les hommes sont plus souvent célibataires ou en vie maritale, et les femmes plus souvent veuves ou mariées. Sur le plan professionnel, la majorité de notre population est en activité (61,50 %). À l'inverse, 16,50 % sont à la recherche d'un emploi, 10,00 % ne travaillent plus pour des raisons de santé (arrêt maladie ou invalidité), 4,50 % sont parents au foyer, et ou encore 7,50 % sont à la retraite. Nous ne constatons pas de différence significative selon le sexe.

Tableau 1 : Caractéristique de la population générale

|  | Femme           | Homme           | Total           | Significativité de la différence Femme/Homme |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|--|
| Répartition                                      | 153 (76,5 %)    | 47 (23,5 %)     | 200             |  |
| Âge (ans)<br>Moyenne (écart-type)                | 43,7 (11,98)    | 42,84 (11,05)   | 43,5 (11,74)    | NS   |
| Âge (ans)<br>Minimum <=> Maximum                 | 20,35 <=> 67,04 | 21,12 <=> 64,96 | 20,35 <=> 67,04 |  |
| IMC (kg/m <sup>2</sup> )<br>Moyenne (écart-type) | 45,52 (7,22)    | 45,58 (7,16)    | 45,54 (7,19)    | NS   |
| IMC (kg/m <sup>2</sup> )<br>Minimum <=> Maximum  | 34,53 <=> 82,8  | 35,15 <=> 70,21 | 34,53 <=> 82,8  |  |
| Poids (kg)<br>Moyenne (écart-type)               | 120,75 (19,3)   | 144,53 (28,03)  | 126,34 (23,84)  | < 0,0001                                     |
| Poids (kg)<br>Minimum <=> Maximum                | 90,5 <=> 201,5  | 106 <=> 230     | 90,5 <=> 230    |  |
| Taille (m)<br>Moyenne (écart-type)               | 1,63 (0,06)     | 1,78 (0,08)     | 1,66 (0,09)     | < 0,0001                                     |
| Taille (m)<br>Minimum <=> Maximum                | 1,5 <=> 1,75    | 1,63 <=> 1,98   | 1,5 <=> 1,98    |  |
| Célibataire                                      | 24 (15,69 %)    | 9 (19,15 %)     | 33 (16,5 %)     | 3,79%  |
| Marié(e)   | 76 (49,67 %)    | 19 (40,43 %)    | 95 (47,5 %)     |  |
| Vie maritale                                     | 24 (15,69 %)    | 16 (34,04 %)    | 40 (20 %)       |  |
| Divorcé(e)                                       | 25 (16,34 %)    | 3 (6,38 %)      | 28 (14 %)       |  |
| Veuf(ve)   | 4 (2,61 %)      | 0 (0 %)         | 4 (2 %)         |  |
| En activité                                      | 91 (59,48 %)    | 32 (68,09 %)    | 123 (61,5 %)    | NS   |
| Arrêt maladie                                    | 5 (3,27 %)      | 4 (8,51 %)      | 9 (4,5 %)       |  |
| Chômage  | 28 (18,3 %)     | 5 (10,64 %)     | 33 (16,5 %)     |  |
| Retraité(e)                                      | 11 (7,19 %)     | 4 (8,51 %)      | 15 (7,5 %)      |  |
| Invalidité                                       | 9 (5,88 %)      | 2 (4,26 %)      | 11 (5,5 %)      |  |
| Parent au foyer                                  | 9 (5,88 %)      | 0 (0 %)         | 9 (4,5 %)       |  |

Concernant notre **étude ancillaire**, c'est-à-dire les sujets bénéficiant de la passation du test de Rorschach, ce groupe est composé de **102 sujets**, dont 81 femmes et 21 hommes. La moyenne d'âge est de 45,10 ans (ET : 11,40 ans). L'IMC est de 45,27 kg/m<sup>2</sup> (ET : 7,37). En comparant le groupe sans, et celui avec Rorschach, nous identifions une différence significative au niveau de l'âge ( $p= 0,017$ ). Les autres indicateurs sont identiques à un seuil de risque de 5 %.

Tableau 2: Caractéristiques des sujets de l'étude ancillaire

|  | Femme           | Homme           | Total           | Significativité de la différence entre les groupes Rorschach et Non Rorschach |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|---|
| Répartition                                      | 81 (79,41 %)    | 21 (20,59 %)    | 102             | NS  |
| Âge (ans)<br>Moyenne (écart-type)                | 45,14 (11,51)   | 44,95 (11,22)   | 45,1 (11,4)     | 1,74%   |
| Âge (ans)<br>Minimum <=> Maximum                 | 21,83 <=> 64,78 | 24,96 <=> 64,96 | 21,83 <=> 64,96 |   |
| IMC (kg/m <sup>2</sup> )<br>Moyenne (écart-type) | 45,75 (7,84)    | 43,39 (4,9)     | 45,27 (7,37)    | NS  |
| IMC (kg/m <sup>2</sup> )<br>Minimum <=> Maximum  | 35,51 <=> 82,8  | 35,53 <=> 51,98 | 35,51 <=> 82,8  |   |
| Poids (kg)<br>Moyenne (écart-type)               | 121,82 (20,35)  | 136,15 (20,8)   | 124,77 (21,16)  | NS  |
| Poids (kg)<br>Minimum <=> Maximum                | 90,5 <=> 201,5  | 106 <=> 192     | 90,5 <=> 201,5  |   |
| Taille (m)<br>Moyenne (écart-type)               | 1,63 (0,06)     | 1,77 (0,07)     | 1,66 (0,08)     | NS  |
| Taille (m)<br>Minimum <=> Maximum                | 1,5 <=> 1,75    | 1,66 <=> 1,93   | 1,5 <=> 1,93    |   |
| Célibataire                                      | 15 (9,8 %)      | 3 (6,38 %)      | 18 (9 %)        | NS  |
| Marié(e)   | 41 (26,8 %)     | 11 (23,4 %)     | 52 (26 %)       |   |
| Vie maritale                                     | 11 (7,19 %)     | 6 (12,77 %)     | 17 (8,5 %)      |   |
| Divorcé(e)                                       | 12 (7,84 %)     | 1 (2,13 %)      | 13 (6,5 %)      |   |
| Veuf(ve)   | 2 (1,31 %)      | 0 (0 %)         | 2 (1 %)         |   |
| En activité                                      | 41 (26,8 %)     | 15 (31,91 %)    | 56 (28 %)       | NS  |
| Arrêt maladie                                    | 3 (1,96 %)      | 1 (2,13 %)      | 4 (2 %)         |   |
| Chômage  | 19 (12,42 %)    | 1 (2,13 %)      | 20 (10 %)       |   |
| Retraité(e)                                      | 6 (3,92 %)      | 3 (6,38 %)      | 9 (4,5 %)       |   |
| Invalidité                                       | 8 (5,23 %)      | 1 (2,13 %)      | 9 (4,5 %)       |   |
| Parent au foyer                                  | 4 (2,61 %)      | 0 (0 %)         | 4 (2 %)         |   |

Au second temps de notre étude longitudinale, c'est-à-dire quelques semaines avant la chirurgie éventuelle, certains patients ne font plus partie de la recherche, et ce, pour plusieurs raisons :

- Arrêt ou report du parcours de préparation :
  - Sur décision médicale (exemple : absence de coopération du patient, psychopathologies trop importantes, etc.).

- Sur décision du patient (exemple : ne veut plus se faire opérer, le parcours est trop contraignant, mauvais rapport avec le personnel soignant, etc.).
- Arrêt de la recherche sur décision du patient (exemple : la recherche est trop chronophage, plus envie de participer, etc.).

Ainsi, lors du T1, notre échantillon est composé de **159 sujets**, dont 125 femmes (78,62 %) et 34 hommes (21,38 %), ce qui représente une perte de 41 sujets (20,5 %). Concernant l'étude ancillaire, notre groupe est composé de **81 patients**, dont 66 femmes (81,48 %) et 15 hommes (18,52 %), représentant une perte de 21 sujets (20,59 %). Le temps moyen entre le T0 et le T1 est de 10,59 mois (2,49 mois).

## **2. Outils méthodologiques**

Afin d'opérationnaliser les hypothèses théoriques que nous avons formulées en amont, nous avons utilisé trois grands types d'instruments dans cette recherche. Ces différentes méthodologies visent à allier les approches quantitatives et qualitatives. Nous commencerons par décrire l'entretien clinique de recherche, avant de nous intéresser aux différents questionnaires et échelles utilisés. Ensuite, nous exposerons l'intérêt des méthodes projectives dans cette population et notamment celui du test de Rorschach. Enfin, nous décrirons succinctement le recueil de données présent dans le dossier médical.

### **2.1. L'entretien clinique de recherche**

#### **2.1.1. Introduction**

Il nous semblait impensable de réaliser une recherche en psychologie clinique sans recourir à l'entretien clinique. Ainsi, chaque temps de notre protocole est composé d'un entretien permettant d'appréhender avec plus finesse la subjectivité du sujet quant aux vécus de sa situation passée ou actuelle.

Ces entretiens semi-directifs de recherche suivent une trame définie à l'avance et dépendent du temps de la recherche. Effectivement, lors du premier temps (T0), les thématiques abordées avec le sujet étaient le contexte familial et professionnel, l'histoire de vie (prime enfance, enfance, adolescence et l'âge adulte) avec l'histoire pondérale associée, les troubles

alimentaires passés ou actuels, la présence ou les antécédents de psychopathologies (addictions, dépressions, anxiétés, tentatives de suicide, etc.), la chirurgie, et enfin, l'intérêt pour une prise en charge psychologique. Le second temps (T1) est quant à lui, consacré à suivre l'évolution entre le début et la fin du parcours de préparation. Les thématiques abordées avec le sujet étaient la situation familiale et professionnelle, l'histoire de vie entre les deux entretiens, les troubles alimentaires (dans le passé, lors du T0, et actuellement au T1), l'évolution des psychopathologies, le vécu du parcours de préparation et plus spécifiquement des groupes diététiques, le suivi psychologique (si mis en place en libéral ou en structure), et la chirurgie.

À la suite de chacun de ces entretiens, le psychologue chercheur remplit des grilles d'entretiens semi-directifs.

## **2.1.2. Les grilles d'entretiens semi-directifs**

### **2.1.2.1. Le compte rendu d'entretien de recherche Temps 0**

Le compte rendu d'entretien de recherche Temps 0 synthétise les données recueillies lors du premier entretien avec le patient. Il rassemble les thématiques ci-dessous qui ont toutes été évoquées lors de l'entretien avec le sujet ou qui caractérisent son positionnement conscient ou inconscient face à ses difficultés (Annexe 2) :

- **Les informations générales sur le sujet et la dynamique d'entretien** : la situation familiale et professionnelle, la fratrie, le style de l'entretien.
- **Les événements de vie difficiles et les traumatismes** : directs et indirects, période de survenue.
- **Les comportements alimentaires** : actuel et passé, présence de culpabilité, lien entre alimentation, émotion et histoire de vie.
- **Les addictions** : actuelles, passées, et familiales.
- **Les antécédents de troubles psychiatriques** : dépression, tentative de suicide, anxiété, bipolarité, épisode psychotique.
- **Les prises en charge** : souhaitées et réalisées.



### 2.1.2.2. Le compte rendu d'entretien de recherche Temps 1

Le compte rendu d'entretien de recherche Temps 1 synthétise les données recueillies lors de la fin du parcours de préparation. Il rassemble les thématiques ci-dessous qui ont toutes été évoquées lors de l'entretien avec le sujet ou qui caractérisent son positionnement conscient ou inconscient face à ses difficultés (Annexe 3) :

- **Les informations générales sur le sujet et la dynamique d'entretien** : la situation est-elle identique au T0 ?
- **Les événements de vie difficiles et les traumatismes** : y'a-t-il un vécu de vie difficile ou traumatique entre les deux temps de la recherche ?
- **Les comportements alimentaires** : lors du temps 1, temps 0, et dans le passé
- **Les addictions** : la situation a-t-elle évolué entre les deux temps ?
- **Les antécédents de troubles psychiatriques** : de nouveaux troubles sont-ils apparus ?
- **Les prises en charge** : quels sont les souhaits relatifs aux prises en charge ? Quelles sont les caractéristiques de la prise en charge psychologique et de l'investissement dans celles-ci ?

### 2.1.2.3. La grille d'entretien d'évaluation du processus résilient

Nous avons choisi d'évaluer la résilience de nos sujets selon deux méthodologies. La première, quantitative, est réalisée grâce au questionnaire de résilience que nous présenterons ultérieurement. La seconde, qualitative, permet, à l'aide de l'entretien, « une évaluation plus globale de la résilience. Cependant, plusieurs inconvénients peuvent découler de cette évaluation tels que la difficulté de standardisation et ainsi d'utilisation au sein d'études comparatives ; l'impossibilité d'appliquer cette méthode à grande échelle et le coût élevé » (Bekaert, Masclat, & Caron, 2012). Ainsi, pour pallier la difficulté de standardisation, nous avons choisi de remplir une grille d'évaluation du processus résilient après les entretiens avec le patient. Cette grille s'appuie sur une analyse de la littérature sur la résilience (De Tychev & Lighezzolo, 2004; Ionescu, 2011) et sur un consensus interne à l'équipe. Nous proposons donc d'évaluer la résilience des sujets en situation d'obésité sévère ou massive selon trois dimensions (Annexe 4) : la stabilité psychique, l'adaptation individuelle, et l'adaptation sociale.

La première dimension se constitue des quatre critères suivants :

- **Le diagnostic d'état anxieux ou dépressif** qui se base sur les définitions de dépression et d'anxiété présentées dans le DSM-5. Nous identifions trois degrés possibles :
  - L'absence d'état anxieux ou dépressif
  - La présence de légers affects dépressifs ou anxiogènes mais ne répondant pas entièrement aux critères du DSM-5
  - La présence d'un état anxieux ou dépressif selon les critères du DSM-5
- **La rigidité des mécanismes de défense** qui s'appuie sur l'échelle de fonctionnement défensif du DSM-4-TR (American Psychiatric Association, 2004) et sur une analyse de la rigidité et de la souplesse de ces manifestations (Lighezzolo & Tychev, 2004). Ainsi, nous distinguons trois niveaux :
  - La souplesse des mécanismes de défense de niveau adaptatif élevé
  - La présence de défense adaptative élevée mais rigidifiée ou de défense de niveau intermédiaire
  - Les défenses rigides
- **La capacité d'expression des affects** qui se définit en s'inspirant de l'Adult Attachment Interview (AAI) (M. Main, 1996). Nous proposons trois niveaux dans l'expression des affects :
  - L'expression liant les affects et la représentation
  - L'état intermédiaire où le discours est globalement coopérant et cohérent mais où subsistent des difficultés dans l'expression des affects
  - La difficulté d'expression des affects comprenant notamment les descriptions normatives ou positives et les perturbations du cours de la pensée
- **La capacité d'investir un tuteur de résilience** : tout d'abord, nous déterminons si le sujet a ou non un tuteur de résilience réel ou imaginaire, et s'il a la capacité d'engagement relationnel permettant de l'investir (Beauvois & Dubois, 1988). Ainsi, nous distinguons trois situations :
  - Présence d'un tuteur et d'une capacité à l'investir
  - Absence de ces deux indicateurs
  - Présence d'un seul de ces indicateurs.

La seconde, l'adaptation individuelle, se divise, selon nous, en trois critères :

- **Les troubles du comportement alimentaire** où nous nous intéresserons à l'existence de troubles du comportement alimentaire et notamment aux compulsifs (Ziegler et al., 2017). À l'aide des définitions issues du DSM-5, nous identifions trois niveaux de troubles alimentaires :
  - L'absence de troubles compulsifs
  - La présence de troubles compulsifs mineurs ou de BED en rémission partielle
  - Le diagnostic de BED
- **Les addictions** (alcool, drogues, travail, sexe, sport, médicaments, tabac, boissons énergétiques, jeux de hasard, jeux vidéo, etc.). Nous classons ces addictions comme suit :
  - Présence d'au moins un trouble
  - Rémission partielle
  - Absence d'addiction
- **Les comportements auto-agressifs** qui identifie la présence ou non de comportements auto-agressifs tels que la mutilation, les idées suicidaires ou encore les comportements ordaliques.

La troisième dimension, l'adaptation sociale, se distingue pour nous, en trois critères :

- **Les comportements antisociaux** qui font référence à l'existence ou non de comportements antisociaux chez le sujet, tels que les démêlés judiciaires, la tendance à violer les droits d'autrui, ou encore les comportements agressifs et violents.
- **Les relations amicales et familiales** où il s'agit d'évaluer d'une part, la nature des relations familiale et amicale (absence, conflictuelle ou positive) et d'autre part, les répercussions de celles-ci sur le sujet.
- **Le repli social** qui s'appuie sur la définition du DSM-5 portant sur la notion de retrait social (American Psychiatric Association, 2015).

Après avoir complété cette grille, nous dénombrons différents niveaux :

- Niveau 2 (absence de trouble)

- Niveau 1 (instabilité mineure, ou rémission partielle du trouble)
- Niveau 0 (trouble avéré).

Ainsi, un sujet pourra être considéré comme résilient en l'absence de critère de niveau 0 sur l'ensemble des dimensions et s'il obtient au moins neuf critères de niveau 2. Les autres sujets seront considérés comme non résilients.

## **2.2. Les questionnaires et échelles**

Afin de saisir avec plus de finesse le fonctionnement psychique des sujets, nous avons eu recours à un total de dix questionnaires ou échelles de mesure. Certaines de ces échelles sont spécifiques à la recherche menée (RSA, TAS-20, SF-36, et Mini DSM-4). Les autres, sont proposées habituellement lors du parcours type de préparation à la chirurgie bariatrique (HAD, CTQ, DEBQ, BES, et EQVOD).

### **2.2.1. L'échelle qualité de vie, obésité et diététique (EQVOD)**

L'échelle qualité de vie, obésité et diététique est un auto-questionnaire portant sur la qualité de vie spécifique à l'obésité et ses traitements. Cette échelle est constituée de 36 items répartis selon cinq sous-échelles : impact physique, impact psycho social, impact sur la vie sexuelle, bien-être alimentaire, vécu du régime/diététique (Ziegler, Filipecki, Girod, & Guillemin, 2005). Après conversions, les scores varient de 0 à 100 points. Le score à la dimension "bien être alimentaire" est considéré comme normal, lorsqu'il est proche de 50. Plus il se rapproche de 100 et plus il traduit un dégoût pathologique pour l'alimentation. Au contraire, lorsqu'il est proche de 0, cela signifie une appétence excessive pour l'alimentation. Concernant l'ensemble des autres dimensions, plus celles-ci sont proches de 100 et plus la qualité de vie de la dimension mesurée est bonne.

### **2.2.2. L'échelle de qualité de vie (SF-36)**

L'échelle de qualité de vie (SF-36) est un questionnaire auto évaluatif de la qualité de vie perceptuelle. Constituée de 36 items répartis sur onze questions, elle est utilisée dans de nombreuses études depuis sa création en 1992 (Ware & Sherbourne, 1992). Elle a été traduite et validée en français en 2001 (Leplège, 2001). Cette échelle comprend huit dimensions : activité physique (PF), limitations liées à la santé physique (RP), douleur physique (BP), santé

générale (GH), vitalité (VT), fonctionnement ou bien être social (SF), limitations liées à la santé mentale (MH), et santé mentale (RE). Les scores à ces sous-échelles sont transformés en un score compris entre 0 et 100 points. Enfin, ils sont regroupés grâce à une formule en trois scores globaux : l'évolution de la santé perçue (RT), le score résumé santé physique (PCS), et le score résumé santé psychique (MCS). Ensuite, nous comparons l'ensemble de ces scores transformés à la moyenne et à l'écart-type d'une population de référence (Leplège, 2001).

### **2.2.3. La Binge Eating Scale (BES)**

La Binge Eating Scale (BES) est un auto-questionnaire traduit et validé en français par le Pr Ziegler et son équipe, portant sur les comportements alimentaires compulsifs. Il est constitué de 16 items de type échelle de Likert. Une moitié des items mesure les comportements alimentaires et l'autre moitié évalue les sentiments ou les cognitions survenant lors des épisodes compulsifs. Cette échelle donne un score total compris entre 0 et 48 points. Les scores inférieurs à 17 points sont considérés comme normaux, ceux compris entre 17 et 27 points sont favorables à la présence de TCA et enfin, les scores supérieurs à 27 points sont en faveur du diagnostic de BED.

### **2.2.4. Le Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)**

Le Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) est un auto-questionnaire portant sur les comportements alimentaires. Il est constitué de 34 items de type échelle de Likert allant de 0 à 5 points. Il est réparti en trois dimensions : externalité (10 items), restriction cognitive (10 items) et alimentation émotionnelle (13 items). Ce questionnaire a été traduit et validé en français (Bailly, Maitre, Amanda, Hervé, & Alaphilippe, 2012). Le score à une dimension est dit positif lorsque la moyenne des réponses aux items est supérieure à 3 points.

### **2.2.5. L'Hospital Anxiety and Depression (HAD)**

L'échelle Hospital Anxiety and Dépression (HAD) (Zigmond & Snaith, 1983) est un auto-questionnaire de l'anxiété et de la dépression traduit et validé en français (Lépine, Godchau, Brun, & Lempérière, 1985). Elle est constituée de 14 items de type échelle de Likert, allant de 0 à 3 et sont répartis en deux dimensions :

- La dépression (7 items)
- L'anxiété (7 items)

Le score de chaque dimension s'étend de 0 à 21 points. Un score inférieur ou égal à 7 points va dans le sens d'une absence de symptomatologie, un score compris entre de 8 à 10 points indique une symptomatologie douteuse, et un score supérieur à 10 diagnostique une symptomatologie certaine.

### **2.2.6. Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)**

Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) est un entretien diagnostic structuré d'une durée de passation assez brève (20 à 30 minutes) permettant d'explorer de façon standardisée, les principaux troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV. Il possède une bonne qualité métrologique (Sheehan et al., 1998). Lors du premier entretien nous avons recherché la présence :

- D'un épisode dépressif majeur (EDM) : actuel (deux dernières semaines) et vie entière
- D'une dysthymie : actuelle (deux dernières années)
- D'un risque suicidaire : actuel (mois écoulé)
- D'un épisode (hypo) maniaque : actuel et vie entière
- D'un trouble panique : actuel (mois écoulé) et vie entière
- D'une agoraphobie : actuelle (mois écoulé) et vie entière
- D'une phobie sociale : actuelle (mois écoulé) et vie entière
- D'un trouble obsessionnel compulsif : actuel (mois écoulé) et vie entière
- D'un état de stress post-traumatique : actuel (mois écoulé) et vie entière
- D'une dépendance et d'un abus d'alcool : actuels (douze derniers mois) et vie entière
- D'une dépendance et d'un abus de drogues : actuels (douze derniers mois) et vie entière (opiacés, cocaïne, cannabis, sédatifs, stimulants, hallucinogènes, inhalants et solvants)
- D'une dépendance au tabac : actuelle (douze derniers mois) et vie entière
- D'une dépendance aux jeux d'argent et de hasard : actuelle (douze derniers mois) et vie entière
- D'une dépendance et d'un abus aux jeux vidéo : actuels (douze derniers mois) et vie entière
- D'une anxiété généralisée : actuelle (six derniers mois) et vie entière

- D'un trouble de la personnalité antisociale : vie entière

### **2.2.7. Le Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)**

Le Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) est une auto-évaluation s'intéressant aux événements traumatiques durant l'enfance. Il a été traduit et validé en version française (Paquette et al., 2004) et est constitué de 28 items de type échelle de Likert, allant de 0 (jamais) à 5 (très souvent). Ces derniers sont répartis selon cinq dimensions :

- La négligence émotionnelle
- La négligence physique
- Les abus physiques
- Les abus sexuels
- Les abus émotionnels

Afin d'évaluer la présence de maltraitance, a été défini pour chacune des dimensions, un point de coupure : 16 points pour la négligence émotionnelle et les abus émotionnels, 14 points pour la négligence physique, 11 points pour les abus physiques et les abus sexuels (Paquette et al., 2004).

### **2.2.8. Le Brief COPE**

Le Brief COPE est un auto-questionnaire traduit et validé en français, portant sur les mécanismes de coping (Muller & Spitz, 2003). Il est constitué de 28 items de type échelle de Likert, allant de 1 (pas du tout) à 4 (toujours). Cette échelle est répartie en quatorze dimensions (coping actif, planification, soutien instrumental, soutien émotionnel, expression des sentiments, réinterprétation positive, acceptation, déni, blâme, humour, religion, distraction, utilisation de substance et désengagement comportemental). Chaque dimension du Brief Cope possède deux items et a un score compris entre 2 et 8 points.

### **2.2.9. La Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)**

La Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) est une échelle d'auto-évaluation, constituée de 20 items de type échelle de Likert, allant de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement en

accord) avec un point neutre. Son score varie de 20 à 100 points. Cette échelle de 20 items est répartie en trois dimensions : difficultés à identifier les sentiments (7 items), difficultés à décrire les sentiments (5 items), et pensées tournées vers l'extérieur (8 items). La TAS-20 a été traduite et validée en français (Loas & Fremaux, 1993; Parker, Taylor, & Bagby, 2003). Le score TAS a une moyenne de 45,57 et un écart-type de 11,35 dans cette population. Le coefficient alpha de Cronbach de 0,79 est satisfaisant. Les points de coupure de cette échelle sont les suivantes : les scores inférieurs à 52 points signifient une absence d'alexithymie, les scores compris entre 52 et 60 points signent une possible alexithymie, et les scores supérieurs à 60 points indiquent la présence d'une alexithymie. Ainsi, plus les scores observés se rapprochent de 100 points et plus les sujets sont considérés comme alexithymiques.

### **2.2.10. La Resilience Scale for Adult (RSA)**

La Resilience Scale for Adults (RSA) a été développée par Odin Hjemdal et al. en 2001 à partir d'études antérieures traitant de la résilience. Sa version finale, validée en 2005, comprend 33 énoncés répartis en cinq dimensions : "perception de soi-même" (6 items), "perception de l'avenir" (4 items), "compétence sociale" (6 items), "style structuré" (4 items), "relations familiales" (6 items), et "ressources sociales" (7 items). Les quatre premiers facteurs sont intrapersonnels et les deux derniers, interpersonnels. Il s'agit d'un questionnaire en auto-évaluation, de type échelle de Likert, allant de 1 (proposition) à 7 (proposition inverse) avec un point neutre. Les scores à cette échelle s'étendent de 33 à 231 points. La version française de cette échelle a été validée en 2010 (Hjemdal, Friborg, & Stiles, 2010) et la moyenne de l'échantillon (N= 666) était de 5,15 avec un écart-type de 0,70.

## **2.3. Le test projectif de Rorschach**

### **2.3.1. Introduction**

Nous avons choisi d'utiliser le test de Rorschach dans notre recherche afin de compléter les données issues de l'entretien clinique et des auto-questionnaires. En effet, le test de Rorschach permet d'approcher avec finesse le fonctionnement psychique du sujet, et ce, à tout âge de la vie. Nous utiliserons la théorie psychanalytique comme référent pour l'analyse. Nous nous inscrivons dans la perspective de l'école française de Paris, dont nous utiliserons les différents ouvrages (Azoulay, Emmanuelli, & Corroyer, 2013; Beizmann, 1966; Rausch de Traubenberg, 2004; Richelle, Debroux, De Noose, & Malempré, 2009). Enfin, nous



comparerons nos résultats à ceux de la population générale française, actualisés en 2012 (De Tychey, Huckel, Rivat, & Claudon, 2012).

Le test de Rorschach contient dix planches composées de tâches d'encre symétriques et non représentatives, de couleurs chromatique ou achromatique. La passation du test se déroule en deux temps à la suite de l'entretien clinique avec le sujet : la collecte des données, puis l'enquête. Tout d'abord, nous commençons la passation du test par l'énonciation de la consigne proposée par Chabert, que nous avons complétée selon les enseignements de De Tychey (De Tychey & Lighezzolo-Alnot, 1983) : « Je vais vous montrer dix planches et vous me direz tout ce à quoi elles vous font penser, tout ce que vous pouvez imaginer à partir de ces planches. Vous avez le droit de ne rien voir, de donner une ou plusieurs réponses. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. J'écrirais toutes vos réponses afin que je puisse m'en souvenir ». À la suite de cette passation, nous avons coté les protocoles à l'aide de manuels de cotation (Beizmann, 1966; Chabert, 2012), puis une partie des protocoles a été revue et corrigée par deux psychologues formés aux méthodes projectives.

Malgré un intérêt certain pour l'utilisation du test de Rorschach, les travaux utilisant cette méthodologie chez les sujets en situation d'obésité restent peu nombreux. Nous identifions 45 références sur ce thème dans la base de données PsycInfo en 2018, dont une majorité porte sur la population adulte. Il est possible de caractériser la population adulte en situation d'obésité selon plusieurs signes dans le Rorschach (Mariage, Cuynet, & Carvelli-Roussel, 2005), notamment un faible nombre de réponses, un G % élevé, un D % faible, un F % élevé associé à un faible nombre de kinesthésies, et un nombre de réponses humaines diminué. Nous analyserons nos résultats en nous appuyant sur ces travaux, et particulièrement sur ceux liant alexithymie et obésité (Mariage et al., 2008). De plus, nous nous appuierons sur l'étude de la qualité de la mentalisation, du pare-excitation ainsi que de l'espace imaginaire.

### **2.3.2. La qualité de la mentalisation**

La qualité de la mentalisation est caractérisée par deux grands indicateurs que nous allons développer :

- La symbolisation des pulsions sexuelles et agressives
- La capacité d'élaboration des affects

### 2.3.2.1. La symbolisation des pulsions sexuelles et agressives

En nous appuyant sur la grille de Cassiers (Cassiers, 1968; Diwo, 1997) (Annexe 4), nous déterminerons la réussite, ou non, de la symbolisation des pulsions sexuelles (du phallique et du féminin) et agressives. Nous distinguons quatre niveaux de symbolisation de la pulsionnalité qui sont pondérés positivement ou négativement (Cassiers, 1968; Diwo, 1997) :

- **B (+2) et C (+1)** correspondent aux plus hauts niveaux de symbolisation. Si ces symbolisations sont issues de réponses associées à une mauvaise qualité formelle, nous coterons ces symbolisations, mais comme correspondant à une pondération de 0.
- **D (-1) et E (-2)** renvoient aux symbolisations les plus défailtantes, aux réponses crues proches de l'expression pulsionnelle brute.

À l'issue de cette cotation, nous calculerons l'Indice d'Elaboration Symbolique (IES) des pulsions sexuelles et agressives, selon la formule suivante :

$$\text{IES} = \sum \text{pondérée (B + C + D + E)} / \text{nombre total de symbolisations}$$

Nous considérerons les symbolisations sexuelles ou agressives comme étant de bonnes qualités, si le score à l'IES est supérieur à 0,5 point.

### 2.3.2.2. La capacité d'élaboration des affects

Le second indicateur constituant la mentalisation est la capacité d'élaboration des affects que nous appréhenderons à travers trois éléments :

- **Le travail de liaison entre affects et représentations** qui se définit « par la capacité du sujet à recourir à des processus secondaires pour réaliser un compromis entre la réalité interne constituée par l'affect et la réalité externe » (De Tychey, Diwo, & Dollander, 2000). Selon ces auteurs, il est possible d'identifier quatre types de travail de liaison :
  - L'absence d'affect associé à la représentation (F, K, kan... seuls)
  - L'affect projeté de manière crue (C'pur, C pur, E pur, Clob pur)
  - L'affect commence à être élaboré (CF, C'K, ClobF...)

- Le travail de liaison entre affects et représentation est réussi (FC, FC', FE, FClob, KC, KC'...)
- **L'indice d'angoisse (IA%)** qui est inversement corrélé avec la capacité d'élaboration des affects et avec la qualité de la mentalisation. Nous le considérons comme significatif lorsqu'il est supérieur à la norme de 13 %.
- **Les manifestations de stupeur pendant la passation** qui signent « l'inhibition massive de l'affect en même temps que celle de l'activité fantasmatique qui l'a générée » (De Tychev et al., 2000). Elles sont notamment représentées par les cotations refus, choc ou équivalent-choc.

À la suite de l'analyse de ces différents indicateurs, nous distinguerons quatre qualités de mentalisation :

- Une pauvreté de la mentalisation
- Un niveau intermédiaire de mentalisation
  - Avec difficulté de symbolisations des pulsions
  - Avec une mauvaise capacité d'élaboration des affects
- Une bonne capacité de mentalisation

### **2.3.3. L'échelle barrière et pénétration de Fisher et Cleveland**

Nous analyserons le contenu des réponses formulées par les sujets à l'aide de l'échelle barrière et pénétration de Fischer et Cleveland reprise par de nombreux auteurs (Anzieu, 1974; Fisher & Cleveland, 1958; Masling, 1999). Cette échelle renvoie à la manière dont « le sujet a pu ou non se construire un Moi-Peau » (Richelle et al., 2009). Pour rappel, le concept de Moi-Peau est caractérisé par trois fonctions basées sur celles de la peau : contenant, de limite, d'échange et de contact (Anzieu, 1984). En effet, « la peau sert de contenant aux expériences positives et donc au bon ; elle constitue une surface qui marque la limite avec le dehors et maintient celui-ci à l'extérieur ; enfin la peau est un moyen primaire d'échange avec autrui » (Chabert, 1986). Ainsi, les sujets possédant « un Moi ayant des limites stables et claires seraient davantage capables d'entrer en relation avec les autres à partir de positions bien établies » (Sultan & Porcelli, 2004).

Au Rorschach, deux types de cotations sont possibles pour cette échelle (Fisher & Cleveland, 1958; Masling, 1999; Sultan & Porcelli, 2004) :

- **Les réponses Barrières (B) :**
  - Vêtement clairement identifié : homme en peignoir, toque de cuisinier, couronne, etc.
  - Animaux dont la peau est spécifique : castor, crocodile, etc., ou lorsque la peau est caractérisée de façon particulière (rayée, douce, etc.)
  - Ouvertures terrestres strictement délimitées : vallée, puits de mine, etc.
  - Contenants animaux inhabituels : mamelle, pis, chat bouffi ou gonflé, etc.
  - Surfaces servant à la protection : parapluie, bouclier, etc.
  - Objets protégés ou blindés : tank, vaisseau de guerre, etc.
  - Objets couverts, entourés ou cachés : bûche couverte de mousse, homme couvert par une couverture, etc.
  - Formes de contenant inhabituel : cornemuse, trône, etc.
  - Divers : cage, cuillère, panier, tuyau, etc.
  
- **Les réponses Pénétrations (P) :**
  - Bouche ouverte : un chien en train de manger, un homme qui vomit, etc.
  - Objets qui sont traversés ou pénétrés : radiographie, vision de l'intérieur du corps, etc.
  - Barrière corporelle cassée ou fracturée : une personne qui saigne, insecte écrasé, etc.
  - Ouverture terrestre sans limite claire : abîme sans fonds, source jaillissante, etc.
  - Toutes ouvertures : orifice corporel, fenêtre, etc.
  - Objets non consistants, sans frontière palpable : barbe à papa, fantôme, etc.
  - Transparence : fenêtre, etc.
  - Divers : un puzzle non assemblé, une veste de fourrure déformée, etc.
  
- **Les réponses Barrières/Pénétration (BP) :** lorsque la réponse met en jeu un double mouvement entre contenance et effraction (exemple : un avion qui explose en vol, une maison délabrée, etc.) (Roman, 2015).

Les normes pour cette échelle sont de quatre cotations B pour deux cotations P, avec un P devant être inférieur à B (Fisher & Cleveland, 1958). Ainsi, les sujets avec davantage de cotations B, que P, présenteront une plus grande capacité à exprimer leur colère et auront une tolérance au stress plus élevée (Masling, 1999).

#### **2.3.4. La qualité de l'espace imaginaire**

L'espace imaginaire représente la capacité « d'engendrer des fantasmes, des rêveries, des rêves qui pour un individu mettent en image de façon très vivante sa place et sa manière d'être en représentation dans le monde de même que le modèle de ses échanges avec les autres » (Bergeret, 1990). Au test de Rorschach, la qualité de l'espace imaginaire est caractérisable avec plusieurs indicateurs que nous explorerons (Rebourg, De Tychev, & Vivot, 1991) :

- **La productivité totale au test (R)** : un faible nombre de réponses comparativement aux normes (comprise entre 20 et 30 réponses) signe une pauvreté de l'espace imaginaire. Au contraire, une productivité supérieure ou dans les normes est un indice de la présence d'une richesse de l'espace imaginaire.
- **La productivité des réponses kinesthésique (K et k)** : il y a une corrélation positive entre le nombre de kinesthésies et la qualité de l'espace imaginaire, notamment les kinesthésies humaines (K). Ainsi, l'espace imaginaire est considéré comme de bonne qualité lorsque le nombre de grandes kinesthésies (K) est supérieur ou égal à 3, et/ou lorsque le nombre de petites kinesthésies est supérieur ou égal à 4. Des scores inférieurs à ces normes mettent en évidence un fonctionnement mental marqué par un espace imaginaire limité.
- **La fréquence des réponses formelles (F %) et de leurs qualités perceptives (F+%)** : ces indicateurs témoignent de l'accrochage à la réalité. Ainsi, un pourcentage de réponses formelles (F %) supérieur à la norme de 60 % signe un espace imaginaire limité. Il en va de même avec la qualité des réponses formelles (F+%) qui ne doit pas être supérieure à 65 %.
- **Le pourcentage de réponses animales (A%)** est « un indice du penchant à constituer des attitudes associatives stéréotypisantes » et indique « une pauvreté des associations personnelles et le recours au collectif, au conformisme, en l'absence d'imagination créatrice » (Rausch de Traubenberg, 2004). Ainsi, un

pourcentage supérieur à la norme de 50 % renvoie à une pauvreté de l'espace imaginaire.

- **Le nombre de réponses banales** représente la capacité d'adaptation intellectuelle du sujet. Un nombre est insuffisant quand il est inférieur à trois et marque une désinsertion sociale, alors qu'un nombre élevé (supérieur à cinq) souligne une pauvreté de l'imaginaire et masque une souffrance existentielle par des défenses d'hyperconformisme et d'hypersocialisation.
- **Le Type de Résonance Intime (TRI) et sa Formule Complémentaire (FC)** représentent le rapport du sujet à lui-même et au monde. Un TRI ou un FC coarté ou coartatif souligne une pauvreté de l'espace imaginaire.

Suite à l'analyse de ces différents indicateurs, nous distinguons quatre degrés d'espace imaginaire :

- Une pauvreté de l'espace imaginaire
- Une difficulté d'accès à un espace imaginaire riche
- Un très bon espace imaginaire
- Un espace imaginaire luxuriant.

## **2.4. Les données issues du dossier médical**

Dans le cadre de notre recherche, nous avons eu accès aux données du dossier médical des sujets. Les données recueillies sont les suivantes :

- **Caractéristiques des sujets** : date de naissance, sexe, IMC, taille, poids, situation familiale, situation professionnelle, dates clés du parcours (consultation avec les médecins, les chirurgiens, groupes de préparation, etc.).
- **Questionnaires** : ceux passés en routine dans le service : EQVOD, DEBQ, BES, HAD, CTQ.

## **3. Temporalité du protocole de recherche**

Notre protocole de recherche se déroule en plusieurs étapes et s'appuie sur le parcours de préparation à la chirurgie bariatrique proposée par l'UMCO. Avant de participer à la

recherche, les patients ont eu une pré-information par les médecins et l'équipe soignante qu'une recherche en psychologie était en cours de réalisation. L'étape d'inclusion dans l'étude s'effectue lors de l'Hospitalisation De Jour (HDJ) pré-chirurgicale. Lors de celle-ci, les patients sont informés à l'oral des modalités de la recherche par le psychologue chercheur, et à l'écrit par la note d'information. À la suite de cette information, ils signifient leur non-opposition à participer à la recherche puis, réalisent les questionnaires RSA, TAS, et SF-36. Quelques semaines plus tard, lors de leurs hospitalisations de deux à trois jours, les patients rencontrent le psychologue chercheur pour un entretien psychologique à visée évaluative et pour réaliser la MINI DSM-4. De plus, les sujets inclus dans l'étude ancillaire passent le test projectif du Rorschach. Ces deux temps (HDJ et hospitalisation) constituent le T0 de notre étude, que nous compléterons à l'aide des questionnaires HAD, DEBQ, BES, EQVOD, et CTQ, et des données médicales présentes dans le dossier médical du patient.

Le second temps de notre recherche (T1), se déroule lors de la fin du parcours de préparation, de quelques semaines à quelques jours avant la chirurgie. Nous rencontrons les patients le même jour que l'une de leurs consultations prévue avec le médecin-nutritionniste, la psychiatre ou le chirurgien. Lors de ce temps, nous réalisons un entretien psychologique ainsi que les questionnaires DEBQ, BES, TAS, RSA, et SF-36. Les patients qui avaient passé l'épreuve du Rorschach lors du T0, la réalisent une nouvelle fois.

## **4. Hypothèses de travail**

Nous allons reprendre les hypothèses théoriques, formulées précédemment, pour les opérationnaliser selon les outils de notre méthodologie. Celles-ci concernent d'une part, la population étudiée et d'autre part, les effets du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.

### **4.1. Concernant la population étudiée**

#### **4.1.1. Hypothèse 1A**

**H1 a : Conformément à la littérature, la qualité de vie de nos sujets en situation d'obésité sévère ou massive est altérée.**

Nous répondrons à cette hypothèse en nous appuyant sur les scores aux questionnaires de qualité de vie (EQVOD et SF-36) observés lors du début du parcours de préparation (T0). Ainsi, il s'agira d'appréhender l'altération de la qualité de vie chez les sujets en situation

d'obésité sévère ou massive. Nous porterons notre attention sur les scores généraux et sur les sous-scores de ces questionnaires.

De ce fait, nous pouvons émettre l'hypothèse que les scores aux questionnaires de qualité de vie (EQVOD et SF-36) sont en faveur d'une altération de cette dernière sur l'ensemble des scores et des sous-scores comparativement à la population tout venante (Leplège, 2001).

#### **4.1.2. Hypothèse 1B**

**H1 b : Au regard de la littérature scientifique, nous posons l'existence de TCA actuels ou passés dans la vie des sujets en situation d'obésité sévère ou massive.**

Cette seconde hypothèse sur l'existence passée ou actuelle de TCA chez les sujets en situation d'obésité sévère ou massive, sera vérifiée grâce à des méthodologies quantitative et qualitative.

Concernant l'approche quantitative, nous aurons recours à deux questionnaires, le DEBQ et la BES. Nous caractériserons les troubles alimentaires grâce aux scores généraux et sous-scores de ces échelles. Nous poursuivrons notre analyse par la méthodologie qualitative en étudiant les diagnostics de TCA actuels et passés issus de l'entretien clinique de recherche en T0. Ensuite, nous compléterons ces données avec celles obtenues lors du T1, sur les TCA présents au moment du T0 et passés. Pour terminer, nous comparerons les résultats obtenus à l'aide de ces deux méthodologies.

Pour conclure, nous pouvons faire plusieurs hypothèses :

- Les scores aux questionnaires BES et DEBQ soulignent l'existence de TCA sévères actuels lors du T0 chez les sujets en situation d'obésité.
- L'entretien clinique du T0 diagnostique l'existence de TCA actuels et passés chez les sujets en demande de chirurgie bariatrique.
- L'entretien clinique du T1 confirme l'existence des TCA identifiés à T0, dans le passé et au début du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.



### **4.1.3. Hypothèse 1C**

**H1 c : Nous attendons que les sujets en demande de chirurgie bariatrique présentent des symptômes psychopathologiques présents ou passés (anxiété, dépression, tentatives de suicide, addictions, etc.).**

Nous validerons cette hypothèse en nous appuyant sur les données issues de l'entretien clinique et de la MINI. Ainsi, nous détaillerons les prévalences des psychopathologies suivantes :

- Anxiété (épisodes actuel et passé)
- Dépression (épisodes actuel et passé)
- Tentatives de suicide (antécédents et niveau risque actuel)
- Syndrome de stress post-traumatique (épisodes actuel ou passé)
- Addictions (épisodes actuel ou passé) : tabac, alcool, drogues, médicaments, travail, jeux d'argent, jeux vidéo, etc.
- Troubles paniques (épisodes actuel ou passé)
- Agoraphobie (épisodes actuel ou passé)
- Phobie sociale (épisodes actuel ou passé)
- Troubles obsessionnels compulsifs (épisodes actuel ou passé)

Aussi, afin d'identifier les situations de dépression et d'anxiété actuelles, nous utiliserons l'approche quantitative avec l'échelle HAD.

### **4.1.4. Hypothèse 1D**

**H1 d : Conformément à la littérature actuelle, nous attendons de trouver une prévalence d'événements de vie difficiles et traumatiques chez les personnes en situation d'obésité sévère ou massive.**

Nous validerons cette hypothèse portant sur les antécédents d'événements de vie difficiles et traumatiques à l'aide de méthodologies quantitative et qualitative.

Concernant l'approche quantitative, nous analyserons les scores au questionnaire CTQ, en fonction des seuils évoqués précédemment. Pour l'approche qualitative, nous caractériserons

les prévalences des événements de vie difficiles et traumatiques d'après l'entretien clinique. Pour terminer, nous comparerons les résultats de ces deux méthodologies.

Ainsi, nous pouvons faire l'hypothèse qu'à la lumière des résultats obtenus au CTQ et à l'entretien clinique, les sujets en situation d'obésité souhaitant réaliser une chirurgie bariatrique ont des antécédents d'histoire de vie difficiles ou traumatiques.

#### **4.1.5. Hypothèse 1E**

**H1 e : Au vu de l'ensemble des psychopathologies observées dans la littérature chez les sujets en situation d'obésité sévère ou massive, nous attendons que notre population présente un faible niveau de mentalisation.**

Nous vérifierons cette hypothèse par le recours à une double méthodologie : quantitative et projective. Pour la première, nous utiliserons le questionnaire TAS afin d'évaluer l'alexithymie. Les sujets mal mentalisés présenteront un score élevé, contrairement aux patients bien mentalisés. Pour la seconde méthodologie, nous utiliserons le test de Rorschach afin d'évaluer les indicateurs de mentalisation, que nous comparerons avec la littérature (Mariage et al., 2008). Enfin, nous confronterons les résultats de ces deux méthodologies.

Ainsi, nous pouvons formuler les hypothèses suivantes :

- Au vu de la littérature, nous attendons des scores élevés à la TAS, allant dans le sens d'une dynamique alexithymique.
- Au vu de la littérature, nous postulons que les indicateurs du test de Rorschach soulignent la mauvaise qualité de mentalisation des sujets.

#### **4.1.6. Hypothèse 1F**

**H1 f : D'après les liens établis entre obésité, existence d'événements de vie difficiles et traumatiques et présence de psychopathologies, nous postulons une absence de processus résilient chez les patients au début du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.**

Pour répondre à cette hypothèse, nous aurons recours aux approches quantitative, qualitative et projective. Pour l'approche quantitative, nous analyserons la résilience avec le questionnaire RSA. Pour l'approche qualitative, nous utiliserons les données issues de

l'entretien clinique portant sur l'évaluation du processus de résilience. Enfin, nous comparerons ces deux approches avec celle projective, où nous analyserons l'espace imaginaire et la mentalisation des sujets au test de Rorschach.

Nous mettrons en perspective nos résultats avec une analyse des mécanismes de défense par l'entretien clinique. Ainsi, nous postulons que la rigidité des mécanismes de défense influence l'analyse de nos résultats, notamment ceux de l'approche quantitative.

De ce fait, nous pouvons formuler les hypothèses suivantes :

- L'évaluation du processus de résilience à la suite de l'entretien clinique confirme l'absence de résilience chez les sujets en situation d'obésité sévère ou massive au début du parcours de préparation à la chirurgie.
- L'analyse de l'espace imaginaire et de la mentalisation au test de Rorschach confirme la présence d'une pauvreté de ces derniers chez les sujets en situation d'obésité sévère ou massive en demande de chirurgie bariatrique (T0), et postule l'absence de processus résilient.
- Les scores aux questionnaires sont influencés par la rigidité des mécanismes de défense, impliquant l'existence de scores élevés à la RSA.

## **4.2. Concernant l'effet du parcours de préparation**

***Hypothèse 2 : Le parcours de soin proposé par le CHRU de Nancy dynamise un processus de changement chez les patients en demande de chirurgie bariatrique, ayant pour conséquence l'amélioration des difficultés constatées au début du parcours de préparation.***

### **4.2.1. Hypothèse 2A**

**H2A : À la suite du parcours de préparation, nous attendons d'observer une amélioration de la qualité de vie, notamment à la sous-échelle de qualité de vie psychologique.**

Afin de vérifier cette hypothèse, nous réaliserons une analyse des scores au questionnaire de qualité de vie SF-36 à la fin du parcours de préparation (T1). Nous comparerons ces résultats avec ceux que nous avons obtenus au début du parcours de préparation (T0), et qui sont analysés en hypothèse 1A.

De ce fait, il s'agira d'appréhender l'amélioration de la qualité de vie chez les sujets quelques semaines avant leurs chirurgies. Nous porterons notre attention aussi bien sur les scores généraux que sur les sous-scores, et notamment sur ceux relatifs à la qualité de vie psychologique.

Ainsi, nous faisons l'hypothèse que les scores aux questionnaires SF-36 sont en faveur d'une amélioration de la qualité de vie, notamment au niveau du score résumé santé psychique (MCS) et des sous-échelles vitalité (VT), fonctionnement ou bien être social (SF), limitations liées à la santé mentale (MH), et santé mentale (RE).

#### **4.2.2. Hypothèse 2B**

**H2B : Nous supposons une diminution des TCA en termes de fréquence et d'intensité entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.**

Nous confirmerons cette hypothèse par l'analyse des scores à la BES et au DEBQ ainsi qu'à l'aide du diagnostic de TCA réalisé lors de l'entretien clinique au T1. Nous comparerons ces résultats avec ceux obtenus au début du parcours de préparation (T0) et qui sont analysés en hypothèse 1B. Ainsi, il s'agira d'appréhender la diminution des troubles alimentaires chez les sujets quelques semaines avant leurs chirurgies.

Nous pouvons poser plusieurs hypothèses :

- Les scores aux questionnaires DEBQ et BES confirment la diminution des troubles alimentaires chez les patients au T1, comparativement au T0.
- Le diagnostic des TCA lors de l'entretien clinique est en faveur d'une diminution des troubles alimentaires entre le T0 et le T1, en termes de fréquence et d'intensité.

#### **4.2.3. Hypothèse 2C**

**H2 C : À la fin du parcours de préparation à la chirurgie, nous attendons une diminution des psychopathologies, notamment de l'anxiété, de la dépression et des addictions.**

Nous vérifierons cette hypothèse grâce aux données recueillies lors de l'entretien clinique du T1 et par le questionnaire HAD. Nous comparerons l'analyse de ces données avec

celles issues du T0, notamment sur les psychopathologies d'anxiété, de dépression, et d'addictions.

Ainsi, nous émettons plusieurs hypothèses :

- Les scores au questionnaire HAD confirment la diminution de l'anxiété et de la dépression entre le début et la fin du parcours de préparation.
- L'entretien clinique du T1 est en faveur d'une diminution des psychopathologies (addictions, dépression et anxiété), comparativement au T0.

#### **4.2.4. Hypothèse 2D**

**H2 D : Nous envisageons une amélioration de la qualité de mentalisation chez les patients entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.**

Nous validerons cette hypothèse par l'analyse des scores à la TAS lors du T1, ainsi que par les indicateurs de mentalisation du Rorschach. Nous comparerons cette analyse avec celle réalisée en hypothèse 1D portant sur la qualité de la mentalisation au T0. Ainsi, il s'agira d'appréhender l'amélioration de la mentalisation pendant le parcours de préparation à la chirurgie, et notamment en fonction de l'investissement du patient dans son suivi psychologique.

Nous pouvons faire les hypothèses suivantes :

- Comparativement aux scores du T0, les scores observés à la TAS en T1 sont plus faibles, ce qui confirme l'amélioration de la qualité de mentalisation chez les patients entre le début et la fin du parcours de préparation.
- Les indicateurs de mentalisation au Rorschach vont dans le sens d'une amélioration de sa qualité entre le T0 et le T1.

#### **4.2.5. Hypothèse 2E**

**H2 E : Au vu de l'amélioration attendue en termes de psychopathologies et de mentalisation, nous postulons également une amélioration du processus résilient chez les sujets en situation d'obésité sévère ou massive entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.**

Pour répondre à cette hypothèse, nous utiliserons le questionnaire RSA et l'entretien clinique pour identifier la résilience chez les sujets au T1. Nous comparerons ensuite ces résultats avec ceux observés lors du début du parcours de préparation, et que nous avons étudié dans l'hypothèse 1F. Dans un second temps, nous utiliserons les indicateurs d'espace imaginaire et de mentalisation du test de Rorschach que nous comparerons également à ceux obtenus au T0. Enfin, nous proposerons de mettre en perspective nos résultats avec les données de l'entretien clinique portant sur la rigidité des mécanismes de défense et sur l'investissement du sujet dans son suivi psychologique.

## **5. Traitement des données**

### **5.1. Précautions méthodologiques**

Avant de participer à cette recherche les sujets reçoivent des informations orale et écrite concernant sa temporalité, ses avantages et ses inconvénients, et ses règles de publications (Annexe 6). À l'issue de ces informations, ils remplissent une fiche de non-opposition à participer à la recherche et nous autorisent à les contacter afin de fixer les nouveaux rendez-vous. La procédure d'évaluation de ce protocole de recherche par un Comité de Protection des Personnes (CPP) a été engagée afin de répondre aux arrêtés de la loi Jardé publiés en Décembre 2016.

Pour garantir l'anonymat, toutes les données de ce protocole de recherche sont rassemblées dans un fichier Excel et sont rendues anonymes par l'attribution d'un identifiant composé de la lettre E, suivie de trois chiffres (par exemple, E006 correspond au sixième patient rencontré). Le tableau de correspondance est conservé au CHRU de Nancy le temps de la recherche, puis sera détruit.

### **5.2. Traitements quantitatifs**

L'ensemble des traitements statistiques a été réalisé à l'aide du logiciel XLSTAT Version n° 2017.19.5. Nous présenterons les variables qualitatives de cette recherche avec le nombre de sujet, associé à leurs prévalences exprimées en pourcentage et disposé entre parenthèses. Nous les analyserons à l'aide de tableaux de contingence associés au test de Fischer, pour comparer les différences intergroupes. De plus, pour analyser les différences entre les deux temps de la recherche, nous utiliserons le test de Q de Cochran sur les données binaires. Quant à elles, les variables quantitatives seront exprimées en fonction de leur moyenne et de

leur écart-type entre parenthèses. Ne pouvant pas certifier les normalités des distributions de l'ensemble de ces données, nous utiliserons préférentiellement un test non paramétrique (Test de Mann-Whitney) pour comparer les différences intergroupes. De plus, nous utiliserons le test de Wilcoxon signé pour caractériser les différences constatées entre le T0 et T1.

### **5.3. Traitements qualitatifs**

Postérieurement à cette analyse quantitative des données recueillies, il nous a semblé opportun d'apporter une dimension clinique qualitative aux résultats précédemment vérifiés. En effet, malgré les apports importants des traitements quantitatifs, ces derniers ont tendance à écarter la notion de sujet au profit d'une généralisation des données. Ainsi, les études de cas permettent de recontextualiser les résultats obtenus par la réintégration de la subjectivité du patient. De ce fait, nous analyserons plusieurs cas cliniques afin d'illustrer les résultats de cette recherche.

# RESULTATS ET ANALYSES

## 1. Analyses quantitatives

Conformément aux hypothèses définies précédemment de manières quantitative et semi-quantitative, nous proposerons successivement une analyse des résultats relatifs aux caractéristiques de notre population, et une analyse des effets du parcours de préparation proposé au CHRU de Nancy.

### 1.1. Concernant la population étudiée

#### 1.1.1. Hypothèse 1A

**H1A : Conformément à la littérature, la qualité de vie de nos sujets en situation d'obésité sévère ou massive est altérée.**

Cette hypothèse sera testée à l'aide de deux questionnaires de qualité de vie que sont l'EQVOD, et le SF-36. Nous comparerons la moyenne des scores obtenus à l'EQVOD, à celle des scores obtenus dans une population en situation d'obésité (Ziegler et al., 2005). Ceux du SF-36, quant à eux, seront confrontés à la distribution des scores de la population générale française (Leplège, 2001).

Concernant l'EQVOD, les scores sont significativement différents selon le genre et ce, à l'ensemble des sous-échelles (Tableau 3). Ainsi, d'après leurs réponses, les hommes déclarent une qualité de vie supérieure à celle des femmes à l'ensemble des sous-échelles. Leur bien-être alimentaire se rapproche davantage de la norme que celui des femmes, même s'ils restent tous deux dans un rapport normal à l'alimentation. Ces constats sont similaires aux résultats présentés dans la littérature (Ziegler et al., 2005). Néanmoins, malgré une différence selon le genre, la qualité de vie déclarée par nos sujets est mauvaise sur toutes les dimensions explorées par ce questionnaire (physique, psychosociale, vie sexuelle et vécu des régimes). Nos résultats correspondent à l'intervalle de scores observés dans la littérature chez une population en situation d'obésité ayant un IMC supérieur à 35 kg/m<sup>2</sup>, et ce, pour les sous-échelles impacts physique, psychosocial, et sur la vie sexuelle (Ziegler et al., 2005). Quant à eux, les résultats à



la dimension vécue des régimes et bien-être alimentaire sont respectivement légèrement supérieurs et légèrement inférieurs aux intervalles, pouvant ainsi indiquer un meilleur vécu.

De ce fait, l'analyse du questionnaire EQVOD souligne l'altération de la qualité de vie déclarée chez les sujets de notre échantillon et ce, conformément aux normes issues de la littérature. Ces premiers résultats valident donc notre hypothèse.

*Tableau 3 : Moyenne des scores au questionnaire EQVOD*

| EQVOD  | Femme<br>(N = 153) | Homme<br>(N = 47) | Total<br>(N = 200) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/Homme |
|--|--------------------|-------------------|--------------------|--|
| Impact Physique<br>Moyenne (écart-type)            | 51,29 % (14,2 %)   | 56,57 % (15,01 %) | 52,53 % (14,53 %)  | 1,56%  |
| Impact Psycho social<br>Moyenne (écart-type)       | 56,91 % (17,1 %)   | 65,99 % (17,35 %) | 59,04 % (17,54 %)  | 0,06%  |
| Impact sur la vie sexuelle<br>Moyenne (écart-type) | 63,86 % (22,45 %)  | 72,98 % (25,3 %)  | 66 % (23,4 %)      | 0,61%  |
| Bien être alimentaire<br>Moyenne (écart-type)      | 54,54 % (15,7 %)   | 50,55 % (14,53 %) | 53,6 % (15,49 %)   | 4,79%  |
| Vécu du régime<br>Moyenne (écart-type)             | 52,94 % (16,85 %)  | 59,74 % (19,92 %) | 54,54 % (17,8 %)   | 1,05%  |

Concernant la SF-36, la majorité des scores aux sous-échelles est significativement différente selon le genre. Tout comme avec l'EQVOD, les hommes déclarent une qualité de vie supérieure à celle des femmes sur les dimensions : activité physique, douleurs physiques, santé perçue, vitalité, vie et relation avec les autres, et santé psychique (Tableau 4). Ainsi, les scores résumés de qualités de vies mentale et physique confirment cette différence ( $p = 0,29\%$  et  $1,56\%$ ). Cependant, comparativement à la population générale, ces scores vont dans le sens d'une mauvaise qualité de vie déclarée chez notre échantillon (Leplège, 2001). Ainsi, notre échantillon correspond au 1,5<sup>ème</sup> percentile de la population générale pour la dimension activité physique, c'est-à-dire que 98,5 % de la population générale obtient un score supérieur à la moyenne de notre échantillon. Il en va de même pour les scores moyens aux autres dimensions : les limitations dues à l'état physique correspondent au 16,7<sup>ème</sup> percentile, la douleur physique au 7,6<sup>ème</sup> percentile, la santé perçue au 3,6<sup>ème</sup> percentile, la vitalité au 13,3<sup>ème</sup> percentile, la vie et relation avec les autres au 15,3<sup>ème</sup> percentile, la limitation due à l'état psychique au 25<sup>ème</sup> percentile, et la santé psychique au 30,5<sup>ème</sup> percentile (Leplège, 2001).

Cette analyse comparative souligne la forte altération de la qualité de vie des sujets en situation d'obésité en demande de chirurgie bariatrique. Nos résultats confirment ceux de la

littérature soulignant que cette dégradation de qualité de vie est observée aussi bien sur une dimension physique, que psychique, ce qui vérifie notre hypothèse.

Pour conclure, l'analyse des scores obtenus aux questionnaires EQVOD et SF-36 est concordante. Effectivement, chez les sujets en situation d'obésité, elle va dans le sens d'une importante altération de la qualité de vie déclarée, qu'elle soit mentale, ou physique. Ainsi, notre première hypothèse est confirmée.

*Tableau 4 : Moyenne des scores au questionnaire SF-36*

| SF-36   | Femme<br>(N = 153) | Homme<br>(N = 47) | Total<br>(N = 200) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/Homme |
|---|--------------------|-------------------|--------------------|--|
| Activité Physique (PF)<br>Moyenne (écart-type)                      | 48,33 % (23,52 %)  | 57,02 % (28,14 %) | 50,38 % (24,89 %)  | 1,32%  |
| Limitations dues à l'état<br>physique (RP)<br>Moyenne (écart-type)  | 54,74 % (35,67 %)  | 59,57 % (37,43 %) | 55,88 % (36,06 %)  | NS   |
| Douleur physique (BP)<br>Moyenne (écart-type)                       | 37,35 % (18,14 %)  | 54,4 % (26,11 %)  | 41,36 % (21,48 %)  | < 0,01 %   |
| Santé perçue (GH)<br>Moyenne (écart-type)                           | 42,93 % (17,88 %)  | 49 % (20,81 %)    | 44,36 % (18,73 %)  | 3,74%  |
| Vitalité (VT)<br>Moyenne (écart-type)                               | 39,35 % (18,9 %)   | 49,26 % (18,5 %)  | 41,68 % (19,23 %)  | 0,07%  |
| Vie et relation avec les<br>autres (SF)<br>Moyenne (écart-type)     | 60,7 % (23,88 %)   | 68,88 % (24,57 %) | 62,63 % (24,23 %)  | 2,63%  |
| Limitations dues à l'état<br>psychique (RE)<br>Moyenne (écart-type) | 68,85 % (38,36 %)  | 80,14 % (30,82 %) | 71,5 % (36,97 %)   | NS   |
| Santé psychique (MH)<br>Moyenne (écart-type)                        | 58,33 % (18,24 %)  | 67,74 % (19,41 %) | 60,54 % (18,9 %)   | 0,04%  |
| Résumé score physique<br>(PCS)<br>Moyenne (écart-type)              | 35 % (8,14 %)      | 38,21 % (9,17 %)  | 35,76 % (8,48 %)   | 1,56%  |
| Résumé score Mental (MCS)<br>Moyenne (écart-type)                   | 45,12 % (10,22 %)  | 49,44 % (9,09 %)  | 46,13 % (10,11 %)  | 0,29%  |
| Evolution de la santé perçue<br>(HT)<br>Moyenne (écart-type)        | 36,93 % (23,31 %)  | 40,43 % (26,35 %) | 37,75 % (24,04 %)  | NS   |

### 1.1.2. Hypothèse 1B

**H1B : Au regard de la littérature scientifique, nous posons l'existence de TCA actuels ou passés dans la vie des sujets en situation d'obésité sévère ou massive.**

Cette hypothèse sera testée en plusieurs étapes. Tout d'abord, nous analyserons les résultats obtenus aux questionnaires DEBQ et BES. Ensuite, nous étudierons les prévalences des troubles alimentaires identifiés au début du parcours, premièrement, lors de l'entretien au T0, puis secondairement, lors de l'entretien au T1. Enfin, nous terminerons par une analyse des prévalences des antécédents de conduites alimentaires identifiés lors de l'entretien.

Tout d'abord, l'analyse des scores au questionnaire DEBQ, réalisé par les sujets au début du parcours de préparation, montre la présence d'une différence en fonction du genre (Tableau 5). L'alimentation des femmes en situation d'obésité semblerait plus sensible aux stimulations extérieures et à l'émotion que celles des hommes (respectivement  $p = 0,56\%$  et  $1,02\%$ ). Effectivement, en se référant au seuil de scores admis par le DEBQ, l'externalité et l'émotion jouent un rôle respectivement chez  $39,22\%$  et  $43,14\%$  des femmes, contre respectivement  $21,28\%$  et  $25,53\%$  des hommes (Tableau 6). Nous observons également la présence d'une restriction importante chez près de  $44,5\%$  des sujets ( $p = \text{NS}$ ) (Tableau 6).

Les scores à la BES sont aussi significativement différents selon le sexe ( $p = 1,68\%$ ) car les femmes évoquent une alimentation plus compulsive que les hommes (Tableau 5). Ainsi, la prévalence des troubles alimentaires compulsifs sévères est de  $12,42\%$  pour les femmes et de  $4,26\%$  pour les hommes.  $35\%$  de notre échantillon présente des troubles alimentaires avec une compulsivité modérée (Tableau 6). De ce fait, l'étude des troubles alimentaires à l'aide de la BES souligne l'absence d'une telle problématique chez  $52,29\%$  des femmes et  $61,7\%$  des hommes.

Tableau 5 : Moyennes des scores aux questionnaires DEBQ et BES

|  | Femme<br>(N = 153) | Homme<br>(N = 47) | Total<br>(N = 200) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/Homme |
|--|--------------------|-------------------|--------------------|--|
| DEBQ Restriction<br>Moyenne (écart-type)     | 2,89 (0,74)        | 2,65 (0,74)       | 2,83 (0,74)        | NS   |
| DEBQ Emotion diffuse<br>Moyenne (écart-type) | 2,87 (0,88)        | 2,39 (0,85)       | 2,75 (0,9)         | 0,18%  |
| DEBQ Emotion définie<br>Moyenne (écart-type) | 2,78 (0,68)        | 2,66 (0,63)       | 2,75 (0,67)        | NS   |
| DEBQ Emotion totale<br>Moyenne (écart-type)  | 2,88 (0,7)         | 2,58 (0,64)       | 2,81 (0,69)        | 1,02%  |
| DEBQ Externalité<br>Moyenne (écart-type)     | 2,84 (0,59)        | 2,55 (0,57)       | 2,77 (0,6)         | 0,56%  |
| BES total<br>Moyenne (écart-type)            | 16,48 (8,42)       | 13,45 (7,4)       | 15,77 (8,28)       | 1,68%  |

Tableau 6 : Prévalences des troubles alimentaires identifiés avec les questionnaires

|                      | Femme<br>(N = 153) | Homme<br>(N = 47) | Total<br>(N = 200) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/Homme |
|----------------------|--------------------|-------------------|--------------------|--|
| DEBQ Restriction     | 71 (46,41 %)       | 18 (38,3 %)       | 89 (44,5 %)        | NS   |
| DEBQ Emotion diffuse | 74 (48,37 %)       | 13 (27,66 %)      | 87 (43,5 %)        | 0,90%  |
| DEBQ Emotion définie | 60 (39,22 %)       | 17 (36,17 %)      | 77 (38,5 %)        | NS   |
| DEBQ Emotion totale  | 66 (43,14 %)       | 12 (25,53 %)      | 78 (39 %)          | 2,16%  |
| DEBQ Externalité     | 60 (39,22 %)       | 10 (21,28 %)      | 70 (35 %)          | 1,69%  |
| BES Absence TCA      | 80 (52,29 %)       | 29 (61,7 %)       | 109 (54,5 %)       | NS   |
| BES TCA modéré       | 54 (35,29 %)       | 16 (34,04 %)      | 70 (35 %)          |  |
| BES TCA sévère       | 19 (12,42 %)       | 2 (4,26 %)        | 21 (10,5 %)        |  |

Tableau 7 : Prévalences des troubles alimentaires identifiés lors de l'entretien T0

| Entretien clinique à T0               | Femme<br>(N = 153) | Homme<br>(N = 47) | Total<br>(N = 200) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/Homme |
|---------------------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|--|
| Hyperphagie prandiale à T0            | 110 (71,9 %)       | 44 (93,62 %)      | 154 (77 %)         | 0,01%  |
| Grignotage à T0                       | 113 (73,86 %)      | 25 (53,19 %)      | 138 (69 %)         | 0,71%  |
| Boulimie à T0                         | 2 (1,31 %)         | 0 (0 %)           | 2 (1 %)            | NS   |
| NES à T0                              | 11 (7,19 %)        | 5 (10,64 %)       | 16 (8 %)           | NS   |
| Compulsion à T0                       | 49 (32,03 %)       | 7 (14,89 %)       | 56 (28 %)          | 1,50%  |
| BED à T0                              | 52 (33,99 %)       | 18 (38,3 %)       | 70 (35 %)          | NS   |
| Antécédent d'hyperphagie<br>prandiale | 134 (87,58 %)      | 45 (95,74 %)      | 179 (89,5 %)       | 2,14%  |
| Antécédent de grignotage              | 136 (88,89 %)      | 40 (85,11 %)      | 176 (88 %)         | NS   |
| Antécédent de boulimie                | 11 (7,19 %)        | 1 (2,13 %)        | 12 (6 %)           | NS   |
| Antécédent de NES                     | 27 (17,65 %)       | 7 (14,89 %)       | 34 (17 %)          | NS   |
| Antécédent de compulsion              | 65 (42,48 %)       | 12 (25,53 %)      | 77 (38,5 %)        | 2,60%  |
| Antécédent de BED                     | 94 (61,44 %)       | 31 (65,96 %)      | 125 (62,5 %)       | NS   |

Nous allons maintenant comparer les résultats de ces questionnaires à ceux issus du diagnostic des troubles alimentaires réalisé lors de l'entretien clinique au T0. Tout d'abord, nous pouvons identifier une prévalence plus importante de troubles alimentaires avec cette méthodologie qualitative. En effet, nous diagnostiquons la présence d'un BED actuel chez 35 % de notre échantillon (Tableau 7). Nous notons également une présence massive d'hyperphagie prandiale chez la quasi-totalité des hommes que nous avons rencontrés. Bien que la prévalence de ce trouble est significativement différente de celle obtenue par les femmes ( $p = 0,01$  %), ces dernières ne sont pas épargnées puisque 71,9 % sont concernées (Tableau 7). Les femmes ont recours significativement plus souvent aux grignotages actuels que les hommes, puisqu'ils concernent 73,86 % de celles-ci, contre 53,19 % de ces derniers. La prévalence du NES est respectivement de 7,19 % et 10,64 % pour les femmes et les hommes ( $p = NS$ ). Enfin, nous observons une faible prévalence de boulimie actuelle chez notre population (1 %) (Tableau 7).

Lors de l'entretien au T1, nous sommes revenus sur les troubles alimentaires que nous avons identifiés lors du T0 afin de les décrire avec plus de précision. En effet, la prise de conscience de ces conduites lors du parcours de préparation permet une réalisation plus aisée des diagnostics, grâce notamment, à l'atténuation des mécanismes de défense comme la minimisation des troubles. De ce fait, nous constatons une augmentation des prévalences des

troubles alimentaires entre ces deux temps. Ainsi, le BED concerne 59,2 % des femmes (dont 10,4 % de BED mineurs, 22,4 % de BED modérés, 16,8 % de BED sévères et 9,6 % de BED extrêmes) et 47,07 % des hommes (dont 5,88 % de BED mineurs, 14,71 % de BED modérés, 8,82 % de BED sévères et 17,65 % de BED extrêmes) ( $p = \text{NS}$ ) (Tableau 8). Nous pouvons également noter que près de 10 % de notre population présente un BED en rémission partielle ou totale au début du parcours de préparation à la chirurgie. Lors du T1, nous différencions les simples grignotages du grazing, tout comme nous distinguons l'hyperphagie prandiale du binge prandial. Ainsi, 20,13 % de nos sujets étaient atteints de grazing au début du parcours de préparation, et 47,17 % perdaient le contrôle de leur alimentation durant le repas (Tableau 8).

Le Tableau 9 rassemble les diagnostics de TCA en fonction de leur compulsivité et de leur sévérité. Les BED prandiaux et extra-prandiaux, les NES, les boulimies sont considérés comme des TCA avec une forte compulsivité. Les compulsions sub-syndromiques, le grazing, les BED en rémission partielle et le binge subjectif sont eux, identifiés comme des TCA avec une compulsivité modérée. Enfin, l'hyperphagie prandiale et les grignotages sont, quant à eux, considérés comme des TCA non compulsifs. De ce fait, la quasi-totalité des patients présente des TCA au début du parcours de préparation. Effectivement, 62,89 % des sujets ont des TCA avec une forte compulsivité, 12,58 % des sujets présentent des TCA avec une compulsivité modérée et 23,9 % des sujets ont uniquement des TCA non compulsifs.

Ainsi, les prévalences des troubles alimentaires lors du début du parcours de préparation sont conformes à celles repérées dans la littérature (Ziegler et al., 2017). De ce fait, nous validons notre hypothèse qui postule qu'à leurs entrées dans le parcours de préparation à la chirurgie, les sujets en situation d'obésité en demande de chirurgie bariatrique présentent des TCA, notamment des TCA avec une forte compulsivité.

Tableau 8 : Prévalences des troubles alimentaires identifiés lors de l'entretien T1

| Entretien lors du T1                        | Femme<br>(N = 125) | Homme<br>(N = 34) | Total<br>(N = 159) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/Homme |
|---|--------------------|-------------------|--------------------|--|
| Hyperphagie prandiale à T0                  | 82 (65,6 %)        | 29 (85,29 %)      | 111 (69,81 %)      | 0,54%  |
| Binge prandial à T0                         | 61 (48,8 %)        | 14 (41,18 %)      | 75 (47,17 %)       | NS   |
| Grignotage à T0                             | 72 (57,6 %)        | 14 (41,18 %)      | 86 (54,09 %)       | NS   |
| Grazing à T0                                | 24 (19,2 %)        | 8 (23,53 %)       | 32 (20,13 %)       | NS   |
| Absence de BED à T0                         | 51 (40,8 %)        | 18 (52,94 %)      | 69 (43,4 %)        | NS   |
| BED mineurs                                 | 13 (10,4 %)        | 2 (5,88 %)        | 15 (9,43 %)        |  |
| BED modérés                                 | 28 (22,4 %)        | 5 (14,71 %)       | 33 (20,75 %)       |  |
| BED sévères                                 | 21 (16,8 %)        | 3 (8,82 %)        | 24 (15,09 %)       |  |
| BED extrêmes                                | 12 (9,6 %)         | 6 (17,65 %)       | 18 (11,32 %)       |  |
| BED rémission partiel à T0                  | 7 (5,6 %)          | 1 (2,94 %)        | 8 (5,03 %)         | NS   |
| BED rémission totale à T0                   | 5 (4 %)            | 3 (8,82 %)        | 8 (5,03 %)         | NS   |
| Binge Subjectif à T0                        | 3 (2,4 %)          | 0 (0 %)           | 3 (1,89 %)         | NS   |
| NES à T0                                    | 12 (9,6 %)         | 5 (14,71 %)       | 17 (10,69 %)       | NS   |
|   | 1 (0,8 %)          | 2 (5,88 %)        | 3 (1,89 %)         | 0,91%  |
| Boulimie à T0                               | 4 (3,2 %)          | 0 (0 %)           | 4 (2,52 %)         | NS   |
| Antécédents d'hyperphagie prandiale         | 88 (70,4 %)        | 30 (88,24 %)      | 118 (74,21 %)      | 0,67%  |
| Antécédents de Binge prandial               | 75 (60 %)          | 18 (52,94 %)      | 93 (58,49 %)       | NS   |
| Antécédents de grignotage                   | 76 (60,8 %)        | 19 (55,88 %)      | 95 (59,75 %)       | NS   |
| Antécédents de grazing                      | 33 (26,4 %)        | 10 (29,41 %)      | 43 (27,04 %)       | NS   |
| Absence d'antécédents de BED                | 24 (19,2 %)        | 11 (32,35 %)      | 35 (22,01 %)       | NS   |
| Antécédents BED mineurs                     | 14 (11,2 %)        | 6 (17,65 %)       | 20 (12,58 %)       |  |
| Antécédents BED modérés                     | 26 (20,8 %)        | 5 (14,71 %)       | 31 (19,5 %)        |  |
| Antécédents BED sévères                     | 29 (23,2 %)        | 3 (8,82 %)        | 32 (20,13 %)       |  |
| Antécédents BED extrêmes                    | 32 (25,6 %)        | 9 (26,47 %)       | 41 (25,79 %)       |  |
| Antécédents Binge Subjectif                 | 3 (2,4 %)          | 0 (0 %)           | 3 (1,89 %)         | NS   |
| Antécédents de NES                          | 38 (30,4 %)        | 8 (23,53 %)       | 46 (28,93 %)       | NS   |
| Antécédents de compulsions sub syndromiques | 3 (2,4 %)          | 2 (5,88 %)        | 5 (3,14 %)         | NS   |

Concernant les antécédents de TCA, nous utiliserons uniquement les résultats obtenus lors du T1 (Tableau 8). Ainsi, nous n'observons pas de différence significative en fonction du genre, exceptée pour les antécédents d'hyperphagie prandiale ( $p = 0,54\%$ ) où les hommes présentent une prévalence plus élevée que les femmes, respectivement de 88,24 % et 70,4 %. Lors de ces repas, ils sont 58,49 % des sujets à avoir eu des épisodes de binge prandial.

Concernant les comportements extra-prandiaux, près de 60 % de notre échantillon grignotaient, et 27,04 % présente des antécédents de grazing (Tableau 8). Les antécédents de BED concernent près de 78 % des sujets de notre étude. Ces troubles se répartissent de la manière suivante : pour les femmes 11,2 % de BED mineurs, 20,8 % de BED modérés, 23,2 % de BED sévères et 25,6 % de BED extrêmes, et pour les hommes respectivement 17,65 %, 14,71 %, 8,82 %, et 26,47 % (Tableau 8). Les antécédents de NES ont également une forte prévalence dans notre population, puisque 30,4 % des femmes et 23,53 % des hommes sont concernés. Enfin, les antécédents de boulimies sont évoqués chez 10,4 % des femmes et 5,88 % des hommes.

*Tableau 9 : Synthèse de la compulsivité des troubles alimentaires*

|   | Femme<br>(N = 125) | Homme<br>(N = 34) | Total<br>(N = 159) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/Homme |
|---|--------------------|-------------------|--------------------|--|
| Absence de TCA à T0                                 | 1 (0,8 %)          | 0 (0 %)           | 1 (0,63 %)         | NS   |
| TCA non compulsif à T0                              | 26 (20,8 %)        | 12 (35,29 %)      | 38 (23,9 %)        |  |
| TCA avec une compulsivité<br>modérée à T0           | 16 (12,8 %)        | 4 (11,76 %)       | 20 (12,58 %)       |  |
| TCA avec une forte<br>compulsivité à T0             | 82 (65,6 %)        | 18 (52,94 %)      | 100 (62,89 %)      |  |
| Absence d'antécédent de TCA                         | 0 (0 %)            | 0 (0 %)           | 0 (0 %)            | NS   |
| Antécédents de TCA non<br>compulsif                 | 8 (6,4 %)          | 6 (17,65 %)       | 14 (8,81 %)        |  |
| Antécédents de TCA avec une<br>compulsivité modérée | 9 (7,2 %)          | 3 (8,82 %)        | 12 (7,55 %)        |  |
| Antécédents de TCA avec une<br>forte compulsivité   | 108 (86,4 %)       | 25 (73,53 %)      | 133 (83,65 %)      |  |

Nous proposons de synthétiser les diagnostics de TCA en fonction de leurs compulsivités et de leurs sévérités (Tableau 9). Pour rappel, nous considérons les BED prandiaux et extraprandiaux, les NES et les boulimies comme des TCA avec une forte compulsivité ; les compulsions sub syndromiques, le grazing, les BED en rémission partielle et le binge subjectif comme des TCA avec une compulsivité modérée ; et l'hyperphagie prandiale et les grignotages comme des TCA non compulsifs. De ce fait, tous les sujets que nous avons rencontrés ont au moins eu un type de TCA durant leur vie, sans différence significative selon le sexe. La majorité des sujets en situation d'obésité de notre échantillon évoque l'existence d'antécédents de TCA avec une forte compulsivité (83,65 %), dont 7,55 % parle plutôt



d'antécédents de TCA avec une compulsivité modérée. Enfin, 8,81 % est uniquement concerné par des TCA non compulsifs. Cette analyse des antécédents de troubles alimentaires confirme les chiffres avancés dans la littérature (He et al., 2017; Mitchell et al., 2015; Quenot et al., 2012) et notre hypothèse sur l'existence d'antécédents de TCA chez la population en situation d'obésité en demande de chirurgie bariatrique.

Pour conclure, les prévalences des TCA observées dans notre échantillon, que ce soit en termes d'antécédent ou à l'entrée dans le parcours de préparation à chirurgie, valident notre hypothèse 1B. De plus, ces résultats soulignent l'existence d'une vulnérabilité non négligeable chez ces patients. Effectivement, cette dernière s'exprime régulièrement à travers des TCA fréquemment inconscients, ou tout du moins, cachés à la vue de l'autre. Selon nous, cette caractéristique explique les difficultés rencontrées pour diagnostiquer ces troubles au début du parcours de préparation. Ainsi, nous pouvons souligner la nécessité d'une attention particulière pour l'étude des TCA lors de la rencontre avec le patient, sans pour autant écarter la possible présence d'autres psychopathologies.

### **1.1.3. Hypothèse 1C**

**H1 C : Nous attendons que les sujets en demande de chirurgie bariatrique présentent des symptômes psychopathologiques présents ou passés (dépression, tentatives de suicide, anxiété, addictions, etc.).**

Cette hypothèse sera testée en plusieurs étapes. Tout d'abord, nous explorerons les prévalences des dépressions et des tentatives de suicide, puis étudierons celles de l'anxiété. Nous terminerons notre propos par une présentation des prévalences des psychopathologies et des addictions associées à l'obésité de nos sujets.

#### **1.1.3.1. Les épisodes dépressifs et suicidaires**

Les épisodes dépressifs et suicidaires ont été évalués en nous appuyant sur les données issues de l'HAD, du MINI, ainsi que de l'entretien (Tableau 10).

Tout d'abord, en analysant le sous-score de dépression de l'HAD, nous observons une différence significative entre les hommes et les femmes ( $p = 0,63 \%$ ). En effet, les femmes déclarent plus d'affects dépressifs que les hommes (Tableau 10). En référence aux règles d'interprétations de cette échelle, une symptomatologie avérée est présente respectivement chez

28,1 % et 14,89 %, ainsi qu'une symptomatologie douteuse respectivement chez 24,84 % et 19,15 % des femmes et des hommes (Tableau 10). Cependant, nous ne notons pas de différence significative entre ces prévalences selon le genre ( $p = 6,73 \%$ ). Ainsi, d'après les scores obtenus à l'HAD, il est possible d'affirmer que 48,5 % de notre échantillon souffre d'une possible dépression. Concernant les épisodes dépressifs actuels, le MINI diagnostique respectivement 15,69 % et 12,67 % de dépression chez les femmes et les hommes (Tableau 10). De plus, les données issues de l'entretien clinique soulignent la présence d'affects dépressifs chez 24,18 % des femmes et 17,02 % des hommes. Cependant, tout comme pour l'HAD, il n'est pas possible de distinguer de différences significatives à un risque de 5 % entre les hommes et les femmes au niveau des prévalences de dépression au MINI et à l'entretien. Pour conclure, nous pouvons affirmer que l'ensemble de nos résultats convergent vers une prévalence de dépressions actuelles chez notre population en situation d'obésité en demande de chirurgie bariatrique comprise entre 15 % et 25 % voire 48,5 %. Ces résultats confirment ceux de la littérature qui, pour rappel, identifiait une prévalence comprise entre 15,6 % et 36 % (Booth et al., 2015; Marek et al., 2016; Marín-Navarrete et al., 2016).

Ensuite, concernant les antécédents d'épisodes dépressifs le MINI identifie une prévalence chez les femmes et chez les hommes respectivement de 72,55 % et de 40,43 %. Cette différence selon le genre est très significative ( $p = < 0,01 \%$ ). Les données de l'entretien conduisent à la même conclusion ( $p = 0,14 \%$ ), pour des prévalences similaires, respectivement de 75,85 % et de 51,06 %. Ces résultats semblent être supérieurs à ceux de la littérature, qui pour rappel, étaient compris entre 38,7 % et 45,5 % (Marek et al., 2016; Mitchell et al., 2012), ce qui souligne donc, les fragilités psychiques de notre échantillon.

Concernant les antécédents d'épisodes suicidaires, l'entretien clinique fait état d'une différence significative ( $p = 0,87 \%$ ) entre les femmes et les hommes avec respectivement 22,22 % et 6,38 %. Pour les risques suicidaires actuels, le MINI identifie 23 % de notre échantillon comme ayant un risque suicidaire au moins léger, dont 4,5 % un risque élevé. Cependant, nous n'identifions pas de différence significative entre les hommes et les femmes (Tableau 10).

Pour conclure, nous pouvons affirmer que notre population en situation d'obésité en demande de chirurgie bariatrique présente d'importants symptômes actuels et passés d'épisodes dépressif et suicidaire, confirmant ainsi, notre hypothèse H1c.

Tableau 10 : Données sur les dépressions et les tentatives de suicide

| Dépression et tentatives de suicide          | Femme         | Homme        | Total        | Significativité de la différence Femme/Homme |
|--|---------------|--------------|--------------|--|
| HAD<br>Moyenne (écart type)                  | 7,67 (3,57)   | 6,34 (3,81)  | 7,36 (3,66)  | 0,63%  |
| HAD<br>Absence de symptomatologie            | 72 (47,06 %)  | 31 (65,96 %) | 103 (51,5 %) | NS   |
| HAD<br>Symptomatologie douteuse <sup>2</sup> | 38 (24,84 %)  | 9 (19,15 %)  | 47 (23,5 %)  |  |
| HAD<br>Symptomatologie avérée                | 43 (28,1 %)   | 7 (14,89 %)  | 50 (25 %)    |  |
| MINI<br>Episode dépressif actuel             | 24 (15,69 %)  | 6 (12,77 %)  | 30 (15 %)    | NS   |
| Entretien<br>Affect dépressif actuel         | 37 (24,18 %)  | 8 (17,02 %)  | 45 (22,5 %)  | NS   |
| MINI<br>Antécédent d'épisode dépressif       | 111 (72,55 %) | 19 (40,43 %) | 130 (65 %)   | < 0,01%                                      |
| Entretien<br>Antécédent de dépression        | 116 (75,82 %) | 24 (51,06 %) | 140 (70 %)   | 0,14%  |
| MINI<br>Risque suicidaire actuel léger       | 29 (18,95 %)  | 6 (12,77 %)  | 35 (17,5 %)  | NS   |
| MINI<br>Risque suicidaire actuel moyen       | 1 (0,65 %)    | 1 (2,13 %)   | 2 (1 %)      |  |
| MINI<br>Risque suicidaire actuel élevé       | 9 (5,88 %)    | 0 (0 %)      | 9 (4,5 %)    |  |
| Entretien<br>Tentatives de suicide passée    | 34 (22,22 %)  | 3 (6,38 %)   | 37 (18,5 %)  | 0,87%  |

### 1.1.3.2. L'anxiété

Nous avons évalué l'anxiété au sein de notre échantillon en nous appuyant sur les données issues à l'HAD, du MINI, ainsi que de l'entretien (Tableau 11).

Tout d'abord, en analysant le sous-score anxiété de l'HAD, nous observons une différence significative entre les hommes et les femmes ( $p = < 0,01 \%$ ). Effectivement, les femmes déclarent plus d'anxiété que les hommes (Tableau 10). En effet, la moyenne (écart-type) de celles-ci à cette échelle est de 10,42 (3,58), ce qui indique un niveau d'anxiété

relativement important dans la population féminine. D'ailleurs, en référence aux règles d'interprétations de cette échelle, nous observons une symptomatologie avérée chez 59,48 % des femmes contre 23,40 % des hommes. Le diagnostic de symptomatologie douteuse est identifié respectivement chez 18,95 % et 21,28 % des femmes et des hommes (Tableau 11). Ces différences sont significatives ( $p < 0,01$  %). Ainsi, grâce à la HAD, nous pouvons affirmer que 78,43 % des femmes et 44,68 % des hommes de notre échantillon souffrent possiblement d'un trouble anxieux.

À l'aide du MINI, le diagnostic d'anxiété généralisée actuel identifie une prévalence de 18,95 % pour les femmes et de 10,64 % pour les hommes. Cette différence en fonction du genre n'est pas significative, contrairement à celle identifiée à l'aide des données de l'entretien ( $p = 0,25$  %). En effet, lors de l'entretien, nous identifions une proportion d'affects anxieux chez près de 40 % des femmes et 17 % des hommes (Tableau 11).

Pour conclure, nous pouvons affirmer que tous nos résultats convergent vers une prévalence d'anxiété et de symptômes anxieux actuels relativement conséquente puisqu'elle est comprise entre 17 % et 51 % voire près de 70 % de nos sujets. Ces résultats rejoignent pleinement ceux de la littérature (Marek et al., 2016; Marín-Navarrete et al., 2016).

Concernant le diagnostic des antécédents d'anxiété généralisée, le MINI évalue à 27 % la proportion de nos sujets concernés par ce trouble. Contrairement aux résultats précédents qui soulignaient l'existence d'une différence selon le sexe, il n'est ici pas possible de valider cette hypothèse (Tableau 11).

Tableau 11 : Données sur l'anxiété

| Anxiété                                      | Femme        | Homme        | Total       | Significativité de la différence Femme/Homme |
|--|--------------|--------------|-------------|--|
| HAD<br>Moyenne (écart type)                  | 10,42 (3,58) | 7,87 (4,12)  | 9,83 (3,86) | < 0,01 %                                     |
| HAD<br>Absence de symptomatologie            | 33 (21,57 %) | 26 (55,32 %) | 59 (29,5 %) | < 0,01 %                                     |
| HAD<br>Symptomatologie douteuse <sup>2</sup> | 29 (18,95 %) | 10 (21,28 %) | 39 (19,5 %) |  |
| HAD<br>Symptomatologie Avérée                | 91 (59,48 %) | 11 (23,4 %)  | 102 (51 %)  |  |
| MINI<br>Anxiété généralisée actuelle         | 29 (18,95 %) | 5 (10,64 %)  | 34 (17 %)   | NS   |
| Entretien<br>Affects anxieux actuels         | 61 (39,87 %) | 8 (17,02 %)  | 69 (34,5 %) | 0,25%  |
| MINI<br>Antécédents d'anxiété généralisée    | 42 (27,45 %) | 12 (25,53 %) | 54 (27 %)   | NS   |

Pour conclure, tout comme pour les psychopathologies dépressives et suicidaires, les problématiques anxieuses de notre population sont importantes, et notamment chez les femmes qui déclarent plus facilement ces difficultés. Ainsi, notre hypothèse H1c est confirmée sur le versant des psychopathologies anxieuses.

### 1.1.3.3. Les addictions et les autres psychopathologies

Nous commencerons par décrire les dynamiques addictives de notre population, avant de nous intéresser à d'autres psychopathologies tels que les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles paniques, les agoraphobies, et les états de stress post-traumatique.

Concernant les addictions, nous nous appuyons sur les données recueillies lors de l'entretien clinique. Ainsi, ce sont 26,8 % de femmes et 38,3 % d'hommes qui sont concernés par un problème addictif actuel ( $p = NS$ ) (Tableau 12). Les addictions les plus représentées sont celles au tabac (21 %,  $p = NS$ ), aux jeux vidéo (3,27 % pour les femmes et 12,77 % pour les hommes,  $p = 2,22$  %), et à l'alcool (0,65 % pour les femmes et 4,26 % pour les hommes,  $p = NS$ ) (Annexe 6). Au total, les antécédents d'addictions représentent 60,13 % des femmes et 72,34 % des hommes ( $p = NS$ ) (Tableau 12). Les plus courants sont ceux au tabac (respectivement 50,33 % et 68,09 %,  $p = 2,36$  %), à l'alcool (respectivement 5,23 % et 19,15 %,  $p = 0,57$  %), aux drogues (respectivement 4,58 % et 8,51 %,  $p = NS$ ) et aux jeux vidéo

(respectivement 3,92 % et 10,64 %,  $p=NS$ ) (Annexe 6). Nous pouvons noter une différence significative du genre concernant les polyaddictions ( $p = 0,32$  %). En effet, nous observons 36,16 % d'antécédents polyaddictifs chez les hommes, contre 13,72 % chez les femmes (Annexe 6). Pour conclure, nous confirmons les données de la littérature précédemment citées qui considèrent que la population en situation d'obésité en demande de chirurgie bariatrique est fortement concernée par les dynamiques addictives.

*Tableau 12 : Prévalences des addictions et autres psychopathologies*

| Addictions et autres psychopathologies         | Femme        | Homme        | Total       | Différence Femme/Homme |
|--|--------------|--------------|-------------|------------------------|
| Entretien Addictions actuelles                 | 41 (26,8 %)  | 18 (38,3 %)  | 59 (29,5 %) | NS                     |
| Entretien Antécédents d'addictions             | 92 (60,13 %) | 34 (72,34 %) | 126 (63 %)  | NS                     |
| MINI Troubles Obsessionnels Compulsifs actuels | 9 (5,88 %)   | 1 (2,13 %)   | 10 (5 %)    | NS                     |
| MINI Troubles Obsessionnels Compulsifs passés  | 22 (14,38 %) | 6 (12,77 %)  | 28 (14 %)   | NS                     |
| MINI Troubles paniques actuels                 | 10 (6,54 %)  | 1 (2,13 %)   | 11 (5,5 %)  | NS                     |
| MINI Troubles paniques passés                  | 40 (26,14 %) | 5 (10,64 %)  | 45 (22,5 %) | 1,74%                  |
| MINI Troubles agoraphobiques actuels           | 32 (20,92 %) | 4 (8,51 %)   | 36 (18 %)   | 3,71%                  |
| MINI Troubles agoraphobiques passés            | 49 (32,03 %) | 6 (12,77 %)  | 55 (27,5 %) | 0,62%                  |
| MINI Etat de Stress Post-Traumatique actuel    | 18 (11,76 %) | 5 (10,64 %)  | 23 (11,5 %) | NS                     |
| MINI Etat de Stress Post-Traumatique passé     | 39 (25,49 %) | 8 (17,02 %)  | 47 (23,5 %) | NS                     |

La population de notre étude est également concernée par d'autres psychopathologies que nous avons identifiées à l'aide du MINI (Tableau 12). Les Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC) concernent 5 % de nos sujets lors de l'entretien à T0, et 14 % de ceux-ci dans le passé. Les troubles paniques sont identifiés chez 5,5 % des sujets au début du parcours de préparation, et concernent 22,5 % de ceux-ci la vie durant. Il est à noter que ces antécédents de troubles paniques sont significativement différents en fonction du sexe ( $p = 1,74$  %).

Effectivement, 26,14 % des femmes sont concernées contre seulement 10,64 % des hommes (Tableau 12). Le constat est similaire pour l'agoraphobie puisque nous constatons une prévalence plus élevée pour les femmes. En effet, lors du T0, 20,92 % des femmes présentaient les signes actuels d'une agoraphobie et 32,03 % de celles-ci étaient concernées par cette problématique dans le passé, contre respectivement 8,51 % et 12,77 % des hommes (Tableau 12). Concernant les états de stress post-traumatique, 11,5 % de nos sujets sont encore affectés par cette pathologie lors de notre premier entretien, et 23,5 % l'ont été dans le passé. Nous n'observons pas de différence significative en fonction du genre.

Conformément à la littérature, notre hypothèse H1c relative aux psychopathologies addictives et autres psychopathologies est validée du fait de la prévalence élevée observée au sein de notre population.

Pour conclure sur ces résultats portant sur les psychopathologies liées à l'obésité, nous confirmons notre hypothèse 1c, qui postule que, conformément à la littérature, les sujets en demande de chirurgie bariatrique présentent des symptômes psychopathologiques présents ou passés (anxiété, dépression, tentatives de suicide, addictions, etc.). De plus, nous soulignons que les femmes expriment davantage de psychopathologies anxieuses et dépressives, alors que les hommes privilégient plutôt les voies comportementales de gestion de l'agressivité, en recourant davantage aux addictions (tabac, alcool, etc.).

#### **1.1.4. Hypothèse 1D**

**H1D : Conformément à la littérature actuelle, nous attendons de trouver une prévalence d'événements de vie difficiles et traumatiques chez les personnes en situation d'obésité sévère ou massive.**

Cette hypothèse sera testée en plusieurs étapes. Nous commencerons par analyser les scores obtenus au CTQ, à travers l'étude des moyennes aux sous-échelles et des prévalences observées en s'appuyant sur les seuils de valeurs. Dans un second temps, nous analyserons les données issues de l'entretien clinique, notamment les prévalences des différents événements, ainsi que les périodes de vie concernées par ces derniers.

Concernant le CTQ (Tableau 13), les femmes présentent des scores plus élevés que les hommes, notamment pour les abus sexuels et émotionnels ( $p = 0,04$  % et  $0,44$  %), ainsi que pour les négligences physiques ( $p = 1,65$  %).

Pour les abus sexuels, l'application des seuils de scores aboutit au diagnostic de 13 cas d'abus sexuels déclarés chez les femmes, soit 8,5 % de celles-ci, contre aucun cas chez les hommes (Tableau 13). Les abus émotionnels concernent également plus fortement les femmes, car 11,76 % d'entre elles évoquent un tel vécu contre 4,26 % des hommes ( $p = 2,75 \%$ ). Pour les abus physiques, nous n'observons pas de différence significative au niveau des prévalences en fonction du genre. Ces violences sont évoquées chez 7 % de notre échantillon.

Les antécédents de négligences sont également présents chez notre population. Ceux émotionnels sont les plus représentés puisqu'ils concernent 23 % de nos sujets, sans différence significative en fonction du sexe. Quant à ceux physiques, les femmes déclarent plus fréquemment ces négligences que les hommes ( $p = 1,52 \%$ ), représentant une prévalence respectivement de 9,15 % contre 2,13 %.

*Tableau 13 : Analyse des scores au CTQ*

|   | Femme<br>(N = 153) | Homme<br>(N = 47) | Total<br>(N = 200) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/Homme |
|---|--------------------|-------------------|--------------------|--|
| CTQ : abus sexuel<br>Moyenne (écart-type)             | 6,5 (3,99)         | 5,02 (0,15)       | 6,15 (3,54)        | 0,04%  |
| CTQ : abus émotionnel<br>Moyenne (écart-type)         | 9,18 (4,78)        | 7,15 (3,17)       | 6,19 (2,87)        | 0,44%  |
| CTQ : abus physique<br>Moyenne (écart-type)           | 6,36 (3,17)        | 5,64 (1,39)       | 8,7 (4,53)         | NS   |
| CTQ : négligence émotionnelle<br>Moyenne (écart-type) | 12 (5,02)          | 10,98 (4,58)      | 11,76 (4,93)       | NS   |
| CTQ : négligence physique<br>Moyenne (écart-type)     | 8,47 (3,46)        | 7,23 (2,65)       | 8,18 (3,33)        | 1,65%  |
| CTQ : déni<br>Moyenne (écart-type)                    | 9,81 (3,09)        | 10,38 (3,24)      | 9,95 (3,13)        | NS   |
| CTQ<br>Abus sexuel                                    | 13 (8,5 %)         | 0 (0 %)           | 13 (6,5 %)         | 3,88%  |
| CTQ<br>Abus émotionnel                                | 18 (11,76 %)       | 2 (4,26 %)        | 20 (10 %)          | 2,75%  |
| CTQ<br>Abus physique                                  | 12 (7,84 %)        | 2 (4,26 %)        | 14 (7 %)           | NS   |
| CTQ<br>Négligence émotionnelle                        | 37 (24,18 %)       | 9 (19,15 %)       | 46 (23 %)          | NS   |
| CTQ<br>Négligence physique                            | 14 (9,15 %)        | 1 (2,13 %)        | 15 (7,5 %)         | 1,52%  |



Ainsi, d'après leur déclaration 72 % de notre échantillon n'a pas observé d'événement de vie difficile et traumatique durant son enfance ou adolescence. Parmi les 28 % en ayant vécu au moins un, 11 % sont polytraumatisés (Tableau 14).

Cependant, l'ensemble de ces prévalences d'événements de vie difficiles et traumatiques identifié à l'aide du CTQ semble être relativement faible comparativement aux données observées dans la littérature. L'indicateur échelle de déni du CTQ permet de moduler les résultats ci-dessus. En effet, cet indicateur est plutôt élevé avec une moyenne de 9,95 (3,13), sans différence significative selon le sexe. Toutefois, lorsque l'on applique ce score de déni en fonction du nombre d'événements identifié par le CTQ, nous observons une différence significative entre les sujets ne déclarant pas d'événement de vie, et les autres (Tableau 14). Pour chaque sous-groupe, nous obtenons une probabilité inférieure à 1 %, permettant ainsi de remettre en question les questionnaires des sujets ne déclarant aucun événement. De ce fait, nous pouvons conclure l'existence d'un déni massif chez 72 % de notre population, soulignant une nouvelle fois, l'existence d'une vulnérabilité psychique importante.

*Tableau 14 : Nombre de types d'événements identifiés par le CTQ*

| Nombre de type d'événements identifié par le CTQ | Nombre (proportion) | Score de déni Moyenne (écart type) | Significativité de la différence de moyenne des scores de déni avec celle des sujets sans événement |
|--|---------------------|------------------------------------|---|
| Absence d'événement                              | 144 (72 %)          | 11,1 (2,51)                        |   |
| 1  | 34 (17 %)           | 7,53 (2,64)                        | <0,01 %   |
| 2  | 8 (4 %)             | 6,5 (1,69)                         | <0,01 %   |
| 3  | 3 (1,5 %)           | 4,33 (2,31)                        | 0,19%   |
| 4  | 6 (3 %)             | 5,83 (0,75)                        | <0,01 %   |
| 5  | 5 (2,5 %)           | 7 (3,94)                           | 0,85%   |

En nous appuyant sur l'analyse des données issues de l'entretien clinique, nous notons une différence significative quant aux antécédents d'abus sexuels selon le genre ( $p = 0,70$  %), avec 16,34 % des femmes, représentant 25 patientes, contre aucun homme (Tableau 15). Les abus émotionnels concernent 64,05 % des femmes et 51,06 % des hommes ( $p = 3,94$  %). Concernant les antécédents d'abus physiques, nous ne pouvons faire état d'une différence significative en fonction du genre. La prévalence de ces atteintes est de 34,5 % dans notre échantillon, même si celle des femmes avoisine les 37 %, et que celle des hommes est proche des 25 % (Tableau 15).

Concernant les négligences, nous ne pouvons différencier les prévalences féminines et masculines ( $p = \text{NS}$ ). Les négligences émotionnelles sont identifiées chez 90,5 % de nos sujets alors que celles physiques en concernent 16,5 % (Tableau 15). Le vécu d'un divorce parental est un événement de vie identifié chez près de 18 % de nos sujets, sans différence significative selon le genre. Enfin, la non-résolution d'au moins un deuil durant leur vie est beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes ( $p = 0,12 \%$ ). En effet, le deuil difficile touche 64,05 % de celles-ci contre 40,43 % de ces derniers (Tableau 15).

*Tableau 15 : Prévalences des événements de vie difficiles et traumatiques d'après l'entretien clinique*

| Entretien clinique      | Femme<br>(N = 153) | Homme<br>(N = 47) | Total<br>(N = 200) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/Homme |
|-------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|--|
| Abus sexuel             | 25 (16,34 %)       | 0 (0 %)           | 25 (12,5 %)        | 0,70%  |
| Abus émotionnel         | 98 (64,05 %)       | 24 (51,06 %)      | 122 (61 %)         | 3,94%  |
| Abus physique           | 57 (37,25 %)       | 12 (25,53 %)      | 69 (34,5 %)        | NS   |
| Négligence émotionnelle | 138 (90,2 %)       | 43 (91,49 %)      | 181 (90,5 %)       | NS   |
| Négligence physique     | 22 (14,38 %)       | 11 (23,4 %)       | 33 (16,5 %)        | NS   |
| Divorce parental        | 28 (18,3 %)        | 8 (17,02 %)       | 36 (18 %)          | NS   |
| Deuil difficile         | 98 (64,05 %)       | 19 (40,43 %)      | 117 (58,5 %)       | 0,12%  |

Ainsi, lorsque l'on dénombre les types d'événements de vie difficiles ou traumatiques, la quasi-totalité des patients présente au moins un antécédent durant sa vie (99 %) (Tableau 16). De plus, il apparaît que plus de 90 % des femmes et plus de 68 % des hommes évoquent l'existence d'une histoire polytraumatique. Cette différence de prévalence du nombre de traumatismes vécus, selon le genre, est significative ( $p = 2,96 \%$ ). Effectivement, 28,76 % des femmes et 19,15 % des hommes ont subi deux types d'événements dans leur vie. Le vécu de trois événements est partagé par près de 26 % d'hommes et de femmes. Enfin, 35,29 % de ces dernières et 23,4 % de ceux-ci présentent dans leur histoire, au moins quatre événements de vie difficiles et traumatiques (Tableau 16).

Tableau 16 : Nombre de types d'événements identifiés lors de l'entretien

| Nombre de type d'événement identifié lors de l'entretien | Femme (N = 153) | Homme (N = 47) | Total (N = 200) | Significativité de la différence Femme/Homme |
|--|-----------------|----------------|-----------------|--|
| Absence d'événement                                      | 1 (0,65 %)      | 1 (2,13 %)     | 2 (1 %)         | 2,96%  |
| 1  | 14 (9,15 %)     | 14 (29,79 %)   | 28 (14 %)       |  |
| 2  | 44 (28,76 %)    | 9 (19,15 %)    | 53 (26,5 %)     |  |
| 3  | 40 (26,14 %)    | 12 (25,53 %)   | 52 (26 %)       |  |
| 4 et plus  | 54 (35,29 %)    | 11 (23,4 %)    | 65 (32,5 %)     |  |

Tableau 17 : Période de vécu des événements de vie selon l'entretien

| Période de vécu des événements de vie | Femme (N = 153) | Homme (N = 47) | Total (N = 200) | Significativité de la différence Femme/Homme |
|---------------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|--|
| Prime enfance                         | 55 (35,95 %)    | 18 (38,3 %)    | 73 (36,5 %)     | NS   |
| Enfance                               | 119 (77,78 %)   | 38 (80,85 %)   | 157 (78,5 %)    | NS   |
| Adolescence                           | 96 (62,75 %)    | 24 (51,06 %)   | 120 (60 %)      | NS   |
| Adulte                                | 111 (72,55 %)   | 28 (59,57 %)   | 139 (69,5 %)    | 3,24%  |

Tableau 18 : Période du premier événement vécu selon l'entretien

| Période du premier événement de vie vécu | Femme (N = 153) | Homme (N = 47) | Total (N = 200) | Significativité de la différence Femme/Homme |
|--|-----------------|----------------|-----------------|--|
| Prime enfance                            | 55 (35,95 %)    | 18 (38,3 %)    | 73 (36,5 %)     | NS   |
| Enfance                                  | 70 (45,75 %)    | 22 (46,81 %)   | 92 (46 %)       |  |
| Adolescence                              | 18 (11,76 %)    | 5 (10,64 %)    | 23 (11,5 %)     |  |
| Adulte                                   | 10 (6,54 %)     | 1 (2,13 %)     | 11 (5,5 %)      |  |

Après avoir identifié le type d'événement vécu par le sujet, nous allons préciser la période de vie concernée par l'événement. En synthétisant l'ensemble de ces informations (Tableau 17), il apparaît que toutes les périodes de la vie des patients peuvent être concernées par un vécu difficile ou traumatique. Il n'existe pas de différence significative entre les femmes et les hommes jusqu'à l'âge adulte où ces dernières vivent pour 72,55 % d'entre elles de

nouveaux événements contre 59,57 % pour l'autre sexe ( $p = 3,24\%$ ) (Tableau 17). Enfin, en nous appuyant sur l'analyse de la période du premier événement de vie vécu (Tableau 18), 36,5 % de notre échantillon présente une première difficulté de vie dès la prime enfance, c'est-à-dire entre zéro et trois ans. Durant l'enfance, entre quatre et onze ans, ce sont 46 % des patients qui ont déjà expérimenté un événement difficile ou traumatique. Enfin, ils sont 11,5 % des sujets à avoir subi leur premier événement à l'adolescence. Ainsi, cela représente 82,5 % de notre échantillon avant l'adolescence, et 94,5 % avant l'âge adulte (Tableau 18). Nous ne constatons aucune différence significative en fonction du genre.

Pour conclure, ces résultats issus de l'entretien clinique sont contrastants avec ceux observés dans les questionnaires. En effet, les prévalences obtenues avec les entretiens sont nettement supérieures à celles observées avec le CTQ. Nous attribuons cet écart à l'existence de mécanismes de défense et aux biais de désirabilités. Effectivement, le CTQ est un questionnaire déclaratif qui mobilise fortement les mécanismes de défense comme le montre notre analyse de l'échelle de déni. Quant à lui, l'entretien clinique s'appuie également sur les déclarations du sujet. Cependant, la relation de confiance qui se noue entre le patient et le psychologue permet d'atténuer ce recours massif aux mécanismes de défense. Ainsi, les résultats identifiés à l'aide de l'entretien clinique concordent avec ceux présents dans la littérature, voire sont supérieurs aux recherches utilisant une méthodologie par auto-questionnaire (Aaron & Hughes, 2007; Grilo et al., 2005, 2006; Grilo & Masheb, 2001; Hollingsworth et al., 2012; Jia et al., 2004; Quenot et al., 2012; Walsh et al., 2017). De ce fait, notre hypothèse 1D qui postule l'existence d'antécédents d'événements de vie difficiles et traumatiques chez les patients en situation d'obésité sévère ou massive, est vérifiée. De plus, cette multiplicité d'antécédents, notamment infantile, interroge quant aux capacités des sujets à faire face et à verbaliser leurs effractions psychiques. Elle souligne également l'importance d'une prise en charge psychologique adaptée à leurs vécus.

### **1.1.5. Hypothèse 1E**

**H1E : Au vu de l'ensemble des psychopathologies observées dans la littérature chez les sujets en situation d'obésité sévère ou massive, nous attendons un faible niveau de mentalisation chez notre population.**

Nous testerons cette hypothèse en plusieurs étapes. Tout d'abord, nous analyserons les scores obtenus à la TAS à travers l'étude des moyennes aux sous-échelles et des prévalences observées en s'appuyant sur les seuils de valeurs. Dans un second temps, nous étudierons les

données faisant état de l'expression des affects durant l'entretien clinique. Enfin, nous présenterons les indicateurs du test de Rorschach en les comparant à ceux de la littérature, puis nous répondrons à l'hypothèse par l'analyse des marqueurs de mentalisation.

#### **1.1.5.1. Analyse des données de la TAS et de l'entretien clinique**

Concernant la TAS, l'analyse des sous-échelles souligne une différence significative en fonction du sexe. Effectivement, les femmes déclarent plus de difficultés à identifier et décrire leurs sentiments que les hommes (respectivement  $p = 0,15 \%$  et  $0,38 \%$ ) (Tableau 19). En comparant ces données avec celles de la littérature, nous observons que notre échantillon présente des scores supérieurs à ceux de la population générale (Parker et al., 2003). En effet, les scores à la sous-échelle « identifier les sentiments » sont significativement supérieurs à ceux de la population générale ( $p < 5 \%$ ) aussi bien pour les hommes, que pour les femmes. Ainsi, nous pouvons dire que nos sujets présentent une difficulté plus importante pour identifier leurs sentiments. Concernant la description des sentiments, la moyenne des femmes de notre échantillon est significativement supérieure à celle de la population féminine générale ( $p < 5 \%$ ), indiquant une difficulté plus importante à décrire leurs sentiments. Pour les hommes, nous n'identifions pas de différence significative. En examinant les pensées tournées vers l'extérieur, nous ne constatons pas de différence selon le sexe dans notre échantillon. Cependant, en comparant ces résultats avec ceux de la population générale, les femmes obtiennent un score supérieur au groupe témoin ( $p < 5 \%$ ). Pour les hommes, cette moyenne est similaire à celle présentée dans la littérature (Parker et al., 2003).

Concernant le score global à la TAS, nous observons une différence significative selon le sexe ( $p = 0,32 \%$ ). Les femmes présentent une moyenne de 53,73 (11,68) contre 48,6 (13,11) pour les hommes (Tableau 19). En comparant ces moyennes à la littérature, nous pouvons observer une différence significative entre le score des femmes de notre échantillon et celui de la population générale ( $p < 5 \%$ ). Ainsi, les femmes en situation d'obésité en demande de chirurgie bariatrique déclarent avoir plus de difficulté dans la gestion de leurs émotions que la population générale. Nous n'identifions pas de différence pour les hommes au niveau de ce score global. De ce fait, comparativement à la population générale masculine, nous pouvons seulement conclure en l'existence de difficultés d'identification des sentiments chez les hommes de notre échantillon.

En nous appuyant sur les seuils de score de la TAS, la prévalence de sujets avec un diagnostic d'alexithymie avéré est de 32,68 % chez les femmes et de 14,89 % chez les hommes. Quant aux soupçons d'alexithymie, ils s'observent chez 28,76 % des patientes et 21,28 % des sujets. Ainsi, la TAS n'identifie pas d'alexithymie chez 38,56 % des femmes et 63,83 % des hommes ( $p = 0,37\%$ ) (Tableau 19). Pour conclure, l'analyse de ces scores nous permet d'affirmer une difficulté dans l'expression des émotions, notamment chez la majorité des femmes de notre échantillon. Ces résultats ont tendance à vérifier notre hypothèse, mais paraissent trop faibles pour la confirmer chez les hommes.

Tableau 19 : Données sur l'alexithymie et la difficulté d'expression des affects

|   | Femme<br>(N = 153) | Homme<br>(N = 47) | Total<br>(N = 200) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/ Homme |
|---|--------------------|-------------------|--------------------|---|
| TAS Identifier les sentiments<br>Moyenne (écart-type)         | 19,76 (5,81)       | 17,15 (5,93)      | 19,15 (5,93)       | 0,15%   |
| TAS Décrire les sentiments<br>Moyenne (écart-type)            | 14,16 (4,2)        | 12,23 (4,89)      | 13,71 (4,44)       | 0,38%   |
| TAS Pensées tournées vers l'extérieur<br>Moyenne (écart-type) | 19,8 (4,44)        | 19,21 (4,58)      | 19,67 (4,47)       | NS  |
| TAS Score global<br>Moyenne (écart-type)                      | 53,73 (11,68)      | 48,6 (13,11)      | 52,53 (12,19)      | 0,32%   |
| TAS<br>Absence de diagnostic d'alexithymie                    | 59 (38,56 %)       | 30 (63,83 %)      | 89 (44,5 %)        | 0,37%   |
| TAS<br>Diagnostic possible d'alexithymie                      | 44 (28,76 %)       | 10 (21,28 %)      | 54 (27 %)          |   |
| TAS<br>Diagnostic d'alexithymie avéré                         | 50 (32,68 %)       | 7 (14,89 %)       | 57 (28,5 %)        |   |
| Entretien clinique<br>Bonne expression des affects            | 62 (40,52 %)       | 11 (23,4 %)       | 73 (36,5 %)        | 2,28%   |
| Entretien clinique<br>Difficulté d'expression des affects     | 63 (41,18 %)       | 21 (44,68 %)      | 84 (42 %)          |   |
| Entretien Clinique<br>Absence d'expression des affects        | 28 (18,3 %)        | 15 (31,91 %)      | 43 (21,5 %)        |   |

D'après les entretiens, nous identifions également des difficultés dans l'expression des affects chez certains sujets de la recherche. En effet, lors de nos rencontres 18,3 % des femmes et 31,91 % des hommes n'expriment pas leurs affects et maintiennent une expression factuelle des événements, malgré des relances convoquant la sphère émotionnelle. De plus, 41,18 % des femmes et 44,68 % des hommes présentent une difficulté dans l'expression de leurs affects. Ainsi, ils sont 40,32 % des femmes et 23,4 % des hommes à exprimer facilement leurs affects durant l'entretien, et notamment lors de l'évocation des événements douloureux. Ces

différences en fonction du genre sont significatives ( $p = 2,28 \%$ ), et soulignent la plus grande difficulté des hommes à évoquer leurs affects comparativement aux femmes. Pour conclure, ces résultats vérifient notre hypothèse d'une difficulté de mentalisation des affects chez les sujets en situation d'obésité en demande de chirurgie bariatrique. Cependant, cette différence en fonction du sexe remet en cause nos premières conclusions issues des résultats à la TAS. En effet, les données de l'entretien soulignent une mise à distance des émotions plus forte chez les hommes que chez les femmes. Ce constat d'une différence entre les questionnaires et l'entretien clinique est similaire à celui observé pour les événements de vie difficiles et traumatiques. Ainsi, nous postulons de nouveau l'existence de biais importants lors de la passation des questionnaires, aboutissant à une sous-déclaration. Quant à lui, l'entretien clinique présente moins de sensibilité à ces dynamiques car l'analyse approfondie du discours et de la communication non verbale, associée à une relation de confiance avec le sujet diminuent fortement les effets de ces dynamiques défensives. Afin de confirmer cette hypothèse et pour explorer avec plus de finesse cette difficulté de mentalisation, nous allons nous appuyer sur l'analyse des données recueillies au test de Rorschach.

### **1.1.5.2. Analyse des données du test de Rorschach**

#### **1.1.5.2.1. Caractéristiques de l'échantillon par le test du Rorschach**

Après analyses des 102 protocoles Rorschach, nous soulignons l'intensité de l'inhibition au sein de ces derniers. En effet comme dans la littérature (Mariage et al., 2005, 2008), la productivité générale est faible puisque la moyenne du nombre de réponses est de 15,92 (7,06) avec seulement 20 sujets sur les 102 qui donnent plus de 20 réponses (Annexe 7). Nous ne constatons aucune variation de la productivité en fonction du genre. De plus, 51 % des sujets expriment un refus à au moins une planche, aboutissant à un nombre moyen de refus par protocole de 0,98 (1,25). Les plus souvent refusées sont les planches 9, 6 et 4, avec respectivement 25,49 %, 22,55 % et 15,69 % des sujets qui ne donnent aucune réponse à ces planches. Pour rappel, ces refus correspondent à « un blocage inhibitoire, c'est-à-dire que le sujet semble dans une soudaine incapacité à fournir une réponse en relation avec un mécanisme de répression mobilisé par le Moi pour faire face à une angoisse déstructurante suscitée par la planche » (Mariage et al., 2008). Nous notons également un recours massif aux réponses formelles avec un F% moyen de 73,24 %, ce qui représente près de 74 % des sujets avec un F%

supérieur à la norme. Le F% élargi est quant à lui, proche des 92 %. Le F+% moyen avoisine les 70 %, quand celui élargi est de 73,24 %. D'ailleurs, les moyennes observées à ces quatre derniers indicateurs sont similaires à celles présentes dans littérature (Mariage et al., 2005, 2008). Une nouvelle fois, conformément aux éléments de la littérature, le nombre de kinesthésies reste faible, puisqu'il représente 1,25 (1,17) kinesthésie humaine et 1,02 (1,26) petite kinesthésie par protocole en moyenne (écart-type). Ainsi, 85 % des sujets produisent un nombre de kinesthésies humaines inférieur à la norme (3), et 30 % n'en produisent aucune. La production de réponses couleur et estompage est relativement faible, puisque les indicateurs moyens de C pondérés et de E pondérés sont respectivement de 1,28 (1,49) et de 0,12 (0,27). Nous pouvons également souligner la présence d'un RC% inférieur à la norme attendue pour plus de 61 % de notre échantillon. Concernant le contenu des réponses, le A% moyen est de 46,12 % (15,62 %) et appartient à la norme. Le H% moyen est légèrement inférieur à la norme (15 à 20 %), car il est de 13,3 % (8,64 %). Ainsi, près de 63 % des sujets présentent un H% inférieur à cette dernière. En ce qui concerne l'indicateur d'angoisse, l'IA% moyen est de 11,79 % (12,63 %), ce qui est inférieur aux normes établies (De Tychey et al., 2012). Cependant, nous pouvons noter qu'environ 34 % de notre échantillon a un indicateur d'angoisse excessif. Enfin, le nombre de banalités moyennes est de 4,35 (1,58) ce qui correspond aux normes établies (De Tychey et al., 2012). Cependant, comme le souligne Mariage, à la vue du faible nombre de réponses au protocole, ce nombre de banalités reste néanmoins plutôt élevé (Mariage et al., 2008). Enfin, l'épreuve des choix des planches préférées et rejetées correspond à celle identifiée dans la littérature (Mariage et al., 2008). En effet, les planches préférées sont la 3 et la 10 puisqu'elles sont choisies respectivement par 38,24 % et 44,12 % des sujets. D'ailleurs, nous rejoignons pleinement la remarque formulée par Mariage concernant la justification du choix de ces planches : « les sujets (y compris ceux qui étouffent les émergences pulsionnelles) choisissent préférentiellement des planches qui favorisent ces dernières (planches III et X) et justifient leurs choix au travers d'affects forts » (Mariage et al., 2008). Sinon, les planches rejetées sont la planche 4 et la planche 6, avec respectivement 54,9 % et 32,35 % des choix.

Pour conclure, nous pouvons souligner que les données recueillies à l'aide du Rorschach correspondent à celles observées dans la littérature (Mariage et al., 2005, 2008), confirmant une certaine stabilité des indicateurs du test de Rorschach dans le temps chez les sujets en situation d'obésité. Après avoir introduit les principaux indicateurs du Rorschach, nous allons maintenant présenter ceux plus spécifiques à la mentalisation.



### 1.1.5.2.2. **Analyse des données du test de Rorschach concernant la mentalisation**

Pour rappel, nous analyserons la mentalisation au test du Rorschach à l'aide de trois indicateurs : la symbolisation des affects, le coefficient barrière/pénétration et la capacité d'élaboration des affects.

Tout d'abord, l'étude de la qualité de la symbolisation des affects à l'aide de l'IES ne révèle aucune différence significative au niveau des moyennes à l'ensemble des IES (général, agressivité, sexuel féminin/maternel, et phallique) en fonction du genre (Tableau 20). L'IES général moyen est légèrement inférieur au score de seuil 0,5, car il est de 0,46 (0,68). Cependant, la différence de score non significative influence la prévalence des hommes et des femmes avec un IES général supérieur à 0,5, avec respectivement 33,3 % et 55,56 % ( $p = 4,41\%$ ). Concernant l'IES agressivité, celui-ci est relativement bas puisqu'il se situe à une moyenne de 0,22 (0,65) pour les femmes et de 0,16 (0,7) pour les hommes. Ainsi, 74,07 % des patientes et 71,43 % des sujets présentent une difficulté de symbolisation de la pulsionnalité agressive (Tableau 20). Pour l'IES féminin/maternel, la moyenne de l'indicateur est de 0,42 (1,04) et de 0,78 (0,94) respectivement pour les femmes et les hommes, et représente une difficulté de symbolisation de ces pulsions chez 65,43 % de celles-ci et chez 42,86 % de ces derniers ( $p = 3,97\%$ ) (Tableau 20). Enfin, concernant l'IES phallique, les scores moyens sont de 0,77 (0,87) pour les femmes et de 1,08 (0,85) pour les hommes, ce qui montre plutôt une bonne qualité de la symbolisation des pulsionnalités sexuelles phalliques (Tableau 20). En effet, 54,32 % des femmes et 33,33 % des hommes présenteraient une mauvaise activité de symbolisation. Pour conclure, nous synthétisons ces IES en deux catégories : bonne symbolisation des affects et difficulté ou mauvaise symbolisation des affects. Ainsi, nous pouvons distinguer une différence significative selon le genre, où la prévalence des hommes avec une bonne qualité de symbolisation des affects est supérieure à celle des femmes, respectivement 14,29 % et 3,7 % ( $p = 5\%$ ). De ce fait, l'IES souligne l'existence d'une mauvaise qualité de symbolisation chez les patients en situation d'obésité, avec 94,12 % des sujets en difficulté (Tableau 20).

Concernant l'indice barrière/pénétration, la moyenne du score barrière est de 0,76 (1,07) élément par protocole et la moyenne du score pénétration est de 2,5 (2,04), sans différence significative en fonction du genre (Tableau 20). Comparativement aux normes, les éléments barrières sont très nettement inférieurs à celles-ci alors que les éléments pénétrations sont

légèrement supérieurs (Fisher & Cleveland, 1958). Ainsi, un seul sujet respecte la norme d'au moins quatre éléments barrières dans le protocole et près de 50 % de l'effectif ne présente aucun signe barrière. De ce fait, 70 % des protocoles montrent un score pénétration supérieur au score barrière, ce qui signe l'échec du système défensif à la suite d'un envahissement pulsionnel (Tableau 20). Ces conclusions sont également partagées dans la littérature et notamment chez les adolescents en situation d'obésité (Sanahuja, Cuynet, & Mariage, 2012) car pour ces auteurs, ces réponses « renvoient à des difficultés de maintien des limites moi/non-moi, ou à une représentation de soi incohérente ». Ainsi, cet indicateur est en faveur d'une difficulté de mentalisation chez les sujets en situation d'obésité en demande de chirurgie bariatrique.

Tableau 20 : Synthèse des indicateurs de la symbolisation des affects au T0

|  | Femme<br>(N = 81) | Homme<br>(N = 21) | Total<br>(N = 102) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/Homme |
|--|-------------------|-------------------|--------------------|--|
| IES Général<br>Moyenne (écart-type)              | 0,42 (0,69)       | 0,58 (0,62)       | 0,46 (0,68)        | NS   |
| IES Agressivité<br>Moyenne (écart-type)          | 0,22 (0,65)       | 0,16 (0,7)        | 0,21 (0,66)        | NS   |
| IES Féminin/maternel<br>Moyenne (écart-type)     | 0,42 (1,04)       | 0,78 (0,94)       | 0,49 (1,03)        | NS   |
| IES Phallique<br>Moyenne (écart-type)            | 0,77 (0,87)       | 1,08 (0,85)       | 0,83 (0,87)        | NS   |
| IES Général<br>Scores supérieur à 0,5            | 36 (44,44 %)      | 14 (66,67 %)      | 50 (49,02 %)       | NS   |
| IES Agressivité<br>Scores supérieur à 0,5        | 21 (25,93 %)      | 6 (28,57 %)       | 27 (26,47 %)       | NS   |
| IES Féminin/maternel<br>Scores supérieur à 0,5   | 28 (34,57 %)      | 12 (57,14 %)      | 40 (39,22 %)       | 3,97%  |
| IES Phallique<br>Scores supérieur à 0,5          | 37 (45,68 %)      | 14 (66,67 %)      | 51 (50 %)          | NS   |
| Score Barrière<br>Moyenne (écart-type)           | 0,7 (1,08)        | 1 (1,05)          | 0,76 (1,07)        | NS   |
| Score Pénétration<br>Moyenne (écart-type)        | 2,59 (2,1)        | 2,14 (1,8)        | 2,5 (2,04)         | NS   |
| Score barrière<br>Score supérieur ou égal à 4    | 1 (1,23 %)        | 0 (0 %)           | 1 (0,98 %)         | NS   |
| Score Pénétration<br>Score supérieur ou égal à 2 | 36 (44,44 %)      | 9 (42,86 %)       | 45 (44,12 %)       | NS   |
| Score Barrière < Score Pénétration               | 58 (71,6 %)       | 13 (61,9 %)       | 71 (69,61 %)       | NS   |
| Score Barrière = Score Pénétration               | 15 (18,52 %)      | 5 (23,81 %)       | 20 (19,61 %)       |  |
| Score Barrière > Score Pénétration               | 8 (9,88 %)        | 3 (14,29 %)       | 11 (10,78 %)       |  |
| Bonne symbolisation des affects                  | 3 (3,7 %)         | 3 (14,29 %)       | 6 (5,88 %)         | 5,00%  |
| Mauvaise symbolisation des affects               | 78 (96,3 %)       | 18 (85,71 %)      | 96 (94,12 %)       |  |

Pour poursuivre, nous nous appuyerons sur les indicateurs de la capacité d'élaboration des affects. Pour ce faire, nous étudierons le travail de liaison entre les affects et la représentation, l'indicateur d'angoisse, ainsi que les manifestations de stupeur. Pour le travail de liaison, la majorité des sujets exprime des affects durant la passation. Ainsi, 51,96 % des sujets les lient à une bonne qualité de représentation, 23,53 % présentent plutôt une prédominance des affects sur cette représentation et 5 % projettent leurs affects de manière crue.

De ce fait, ils sont 18,63 % à n'exprimer aucun affect durant la passation du test de Rorschach (Tableau 21). Nous pouvons conclure que 48,04 % des sujets montrent des difficultés dans le travail de lien entre affects et représentation.

*Tableau 21 : Synthèse sur la capacité d'élaboration des affects*

|   | Femme<br>(N = 81) | Homme<br>(N = 21) | Total<br>(N = 102) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/Homme |
|---|-------------------|-------------------|--------------------|--|
| Absence d'affect                                  | 14 (17,28 %)      | 5 (23,81 %)       | 19 (18,63 %)       | NS   |
| Affects projetés de manière crue                  | 2 (2,47 %)        | 3 (14,29 %)       | 5 (4,9 %)          |  |
| Prédominance des affects sur la<br>représentation | 20 (24,69 %)      | 4 (19,05 %)       | 24 (23,53 %)       |  |
| Mauvaise qualité du travail de liaison            | 1 (1,23 %)        | 0 (0 %)           | 1 (0,98 %)         |  |
| Bonne qualité du travail de liaison               | 44 (54,32 %)      | 9 (42,86 %)       | 53 (51,96 %)       |  |
| IA%<br>Moyenne (écart-type)                       | 11,79 % (12,63 %) | 8,77 % (7,84 %)   | 11,17 % (11,83 %)  | NS   |
| IA%<br>Scores supérieurs à 13%                    | 30 (37,04 %)      | 5 (23,81 %)       | 35 (34,31 %)       | NS   |
| Refus<br>Moyenne (écart-type)                     | 1,06 (1,33)       | 0,67 (0,86)       | 0,98 (1,25)        | NS   |
| Refus<br>Protocole avec au moins un Refus         | 42 (51,85 %)      | 10 (47,62 %)      | 52 (50,98 %)       | NS   |
| Choc<br>Moyenne (écart-type)                      | 0,64 (0,98)       | 0,43 (1,16)       | 0,6 (1,02)         | NS   |
| Choc<br>Protocole avec au moins un Choc           | 32 (39,51 %)      | 4 (19,05 %)       | 36 (35,29 %)       | NS   |
| EqChoc<br>Moyenne (écart-type)                    | 2,11 (1,16)       | 0,67 (0,22)       | 0,03 (0,05)        | NS   |
| EqChoc<br>Protocole avec au moins un EqChoc       | 75 (92,59 %)      | 20 (95,24 %)      | 95 (93,14 %)       | NS   |
| Bonne capacité d'élaboration des<br>affects       | 10 (12,35 %)      | 2 (9,52 %)        | 12 (11,76 %)       | NS   |
| Mauvaise capacité d'élaboration des<br>affects    | 71 (87,65 %)      | 19 (90,48 %)      | 90 (88,24 %)       |  |

Ayant précédemment traité la question de l'IA%, nous rappellerons simplement que la moyenne de ce dernier fut de 11,17 %, correspondant à près d'un tiers des sujets avec une angoisse importante (Tableau 21). Ainsi, cet indicateur signe une relativement bonne adaptation à l'angoisse pour environ 65 % des sujets.

Les manifestations de stupeur que nous allons analyser sont au nombre de trois : les refus, les chocs et les équivalents-chocs. Ayant précédemment décrit les refus, nous

rappellerons que cette manifestation concerne 50,98 % de nos sujets et signe la mise en place d'une forte inhibition face à la réactivation de l'affect par le contenu latent des planches refusées (Tableau 21). Concernant les chocs et les équivalents-chocs, ils représentent respectivement 35,29 % et 93,14 % des sujets (Tableau 21). Ainsi, la quasi-majorité des patients présente une sensibilité marquée à l'apparition du rouge, de la couleur, du noir ou du blanc ce qui vient perturber leurs processus associatifs. En conclusion, nous pouvons dire que les manifestations d'angoisses qui sont naturellement présentes dans le test de Rorschach (Rausch de Trautenberg, 2004), mobilisent fortement les mécanismes inhibitoires chez les patients en situation d'obésité, et signent leurs difficultés à faire face aux affects mobilisés. Ainsi, en rassemblant les indicateurs relatifs à la capacité des sujets à élaborer leurs affects, nous observons qu'une grande majorité (88,24 %) a une mauvaise capacité d'élaboration des affects dans leur passation au test de Rorschach (Tableau 21).

*Tableau 22 : Prévalence de la capacité de mentalisation au test de Rorschach*

|   | Femme<br>(N = 81) | Homme<br>(N = 21) | Total<br>(N = 102) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/Homme |
|---|-------------------|-------------------|--------------------|--|
| Bonne capacité de mentalisation                 | 2 (2,47 %)        | 0 (0 %)           | 2 (1,96 %)         | 3,92%  |
| Difficulté d'élaboration mentale des<br>affects | 1 (1,23 %)        | 3 (14,29 %)       | 4 (3,92 %)         |  |
| Difficulté de symbolisation des affects         | 8 (9,88 %)        | 2 (9,52 %)        | 10 (9,8 %)         |  |
| Pauvreté de la mentalisation                    | 70 (86,42 %)      | 16 (76,19 %)      | 86 (84,31 %)       |  |

Pour conclure, nous pouvons affirmer que 98,04 % des sujets souhaitant réaliser une chirurgie bariatrique présentent des difficultés de mentalisation au test de Rorschach. Ainsi, chez une grande majorité de ces patients (84,31 %), nous observons une pauvreté de la mentalisation lors du début du parcours de préparation à la chirurgie (Tableau 22). Les analyses des indicateurs du test de Rorschach, des données de la TAS et de l'entretien clinique, confirment donc notre hypothèse H1E sur l'existence d'une difficulté de mentalisation chez les patients en situation d'obésité sévère ou massive.

### **1.1.6. Hypothèse 1F**

**H1F : D'après les liens établis entre obésité, existence d'événements de vie difficiles et traumatiques et présence de psychopathologies, nous postulons une absence de processus résilient chez les patients au début du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.**

Nous testerons cette hypothèse en plusieurs étapes. Tout d'abord, nous analyserons les scores obtenus à la RSA, à travers l'étude des moyennes aux sous-échelles et des prévalences observées en s'appuyant sur la moyenne de la population générale. Dans un second temps, nous étudierons le diagnostic de résilience réalisé après l'entretien clinique. Enfin, nous analyserons les indicateurs de résilience présents dans le test de Rorschach.

Lors de l'analyse des sous-échelles de la RSA, nous constatons peu de différence significative entre les femmes et les hommes, exceptée à la dimension perception de soi-même où les hommes obtiennent un score supérieur à celui des femmes ( $p = 0,1 \%$ ), respectivement 31,38 (6,1) contre 28,15 (7) (Tableau 23). Ces moyennes sont légèrement supérieures à celles de la population générale (Hjemdal et al., 2010). Les moyennes des scores aux sous-échelles perception de l'avenir, compétence sociale, et style structuré sont similaires à celles observées dans la littérature, et ne présentent pas de différence significative selon le genre (Hjemdal et al., 2010). La moyenne des scores aux relations familiales est légèrement supérieure aux normes de référence. Pour celles relatives aux relations sociales, elles sont inférieures aux scores observés dans la littérature (Hjemdal et al., 2010). En rassemblant ces sous-échelles, le score total obtenu à la RSA montre une différence en fonction du genre ( $p = 3,62 \%$ ). En effet, les femmes possèdent une moyenne plus faible que celle des hommes, respectivement 168,61 (28,86) contre 175,49 (27,95). Ces moyennes sont inférieures à celle de la population générale pour les femmes et supérieures à cette dernière pour les hommes (Hjemdal et al., 2010). En utilisant, comme point de coupure la moyenne de la population générale, nous obtenons une prévalence de fonctionnement résilient chez 51,63 % des femmes et chez 70,21 % des hommes ( $p = 1,46 \%$ ). Ainsi, l'analyse de la résilience à l'aide de la RSA aboutit à ce que 44 % des sujets déclarent ne pas présenter de dynamique résiliente. Ces résultats ne nous permettant pas de valider notre hypothèse 1F, nous allons les comparer aux données issues de l'entretien clinique.

Nous avons résumé l'ensemble des données issues de l'entretien semi-directif de recherche pour le diagnostic de résilience dans l'Annexe 9. Nous décrivons succinctement ces résultats, avant de présenter les prévalences de résilience obtenues grâce à l'entretien clinique.

Concernant la dimension stabilité psychique, nous avons précédemment analysé la prévalence des dépressions et de l'anxiété qui pour rappel, est plus forte chez les femmes que chez les hommes. Nous observons également une différence en fonction du genre à la sous-dimension rigidité des mécanismes de défense ( $p = 0,18 \%$ ). En effet, il apparaît que les hommes sont plus défensifs que les femmes durant les entretiens en employant massivement

des mécanismes de défense afin notamment, de lutter contre l'émergence des émotions. Ici, nous soulignons également que ces mécanismes de défense sont des biais probables aux auto-questionnaires qui peuvent expliquer par exemple, des prévalences plus faibles chez les hommes que chez les femmes. Concernant la capacité à investir un tuteur de résilience, 87 % des patients présentent des difficultés pour investir un possible tuteur de résilience ou à en identifier un dans leur entourage.

Concernant la dimension adaptation individuelle, nous avons précédemment évoqué l'ensemble de ses sous-dimensions lors de la vérification des précédentes hypothèses. Ainsi, nous reviendrons que brièvement sur les TCA, les addictions et les comportements auto-agressifs. Pour les TCA, près de 40 % des sujets présentent un BED avéré lors du T0. Ils sont 31 % des patients à avoir un comportement addictif lors de l'entrée dans le parcours de préparation. Enfin, nous observons un comportement auto-agressif chez 3 % de notre échantillon.

Concernant la dimension adaptation sociale, une seule patiente présente un comportement antisocial. Pour les relations entre les sujets et leurs entourages familiaux et amicaux, les hommes bénéficient d'un contexte plus favorable que les femmes, respectivement 74,47 % et 54,9 % de relations de bonne qualité ( $p = 1,31$  %). Enfin, pour les situations d'exclusions sociales, les femmes ont plus souvent tendance à s'isoler que les hommes ( $p = 4,58$  %), dont 8,5 % d'entre elles sont actuellement concernées par ce phénomène.

En dénombrant l'ensemble des critères de niveau 2, 1 et 0 pour chaque sujet, nous obtenons respectivement les prévalences de patients résilients, non résilients mais dans une dynamique de progrédience, et les non résilients (Tableau 23). Ainsi, selon cette analyse, nous observons zéro patient présentant une dynamique résiliente. Toutefois, parmi les patients non résilients, ils sont 15,5 % à être dans une dynamique progrédiente. Enfin, 84,5 % des patients présentent des difficultés importantes mettant en évidence l'absence de résilience. Pour conclure, ces résultats confirment notre hypothèse 1F, postulant une absence de processus résilient chez les patients en situation d'obésité en demande de chirurgie bariatrique.

Tableau 23 : Données du questionnaire RSA et de l'entretien clinique

|   | Femme<br>( N = 153) | Homme<br>( N = 47) | Total<br>( N = 200) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/Homme |
|---|---------------------|--------------------|---------------------|--|
| RSA : perception de<br>soi-même<br>Moyenne (écart-type)                   | 28,15 (7)           | 31,38 (6,01)       | 28,91 (6,91)        | 0,12%  |
| RSA : perception de l'avenir<br>Moyenne (écart-type)                      | 19,58 (5,36)        | 19,74 (5,78)       | 19,62 (5,45)        | NS   |
| RSA : compétence sociale<br>Moyenne (écart-type)                          | 31,06 (6,63)        | 31,43 (7,29)       | 31,15 (6,77)        | NS   |
| RSA : style structuré<br>Moyenne (écart-type)                             | 18,95 (5,05)        | 18,7 (4,84)        | 18,9 (4,99)         | NS   |
| RSA : relations familiales<br>Moyenne (écart-type)                        | 31,18 (7,67)        | 32,87 (6,55)       | 31,58 (7,44)        | NS   |
| RSA : ressources sociales<br>Moyenne (écart-type)                         | 39,68 (7,69)        | 41,36 (7,22)       | 40,08 (7,6)         | NS   |
| RSA : disposition individuelle<br>Moyenne (écart-type)                    | 97,75 (18,82)       | 101,26 (18,69)     | 98,57 (18,81)       | NS   |
| RSA : cohérence familiale<br>Moyenne (écart-type)                         | 31,18 (7,67)        | 32,87 (6,55)       | 31,58 (7,44)        | NS   |
| RSA : support social<br>Moyenne (écart-type)                              | 39,68 (7,69)        | 41,36 (7,22)       | 40,08 (7,6)         | NS   |
| RSA : score total<br>Moyenne (écart-type)                                 | 168,61 (28,86)      | 175,49 (27,95)     | 170,23 (28,73)      | 3,62%  |
| RSA<br>Score supérieur à 170  | 79 (51,63 %)        | 33 (70,21 %)       | 112 (56 %)          | 1,46%  |
| Entretien clinique<br>Patients non résilients                             | 127 (83,01 %)       | 42 (89,36 %)       | 169 (84,5 %)        | NS   |
| Entretien clinique<br>Patients non résilients à<br>dynamique progrédiente | 26 (16,99 %)        | 5 (10,64 %)        | 31 (15,5 %)         |  |
| Entretien clinique<br>Patients résilients                                 | 0 (0 %)             | 0 (0 %)            | 0 (0 %)             |  |

Nous allons maintenant nous intéresser aux données du test de Rorschach afin d'identifier la présence ou l'absence de processus résilient. Pour ce faire, nous analyserons, dans un premier temps, les indicateurs de l'espace imaginaire. Puis, nous les confronterons à l'évaluation de la mentalisation, pour aboutir à une caractérisation de la résilience d'après le test de Rorschach. Pour rappel, le premier indicateur d'une bonne qualité de l'espace imaginaire est la présence de kinesthésie. Concernant celles humaines, leur nombre doit être supérieur à trois dans l'ensemble du protocole, alors que pour les petites kinesthésies, leur nombre doit être supérieur à quatre. Dans notre échantillon, seulement 14,71 % des patients remplissent le critère des grandes kinesthésies et 5,88 % celui des petites (Tableau 24). Le nombre de réponses est



également un critère important pour la qualité de l'espace imaginaire. Cependant, nous avons précédemment évoqué que sa moyenne était inférieure à la norme de 20, et que seulement 19,61 % des sujets réalisaient une passation en respectant ce critère (Tableau 24). Le F% et le F+% doivent être respectivement inférieur à 60 % et 65 % pour être en faveur d'une qualité de l'espace imaginaire. Chez notre échantillon, 18,63 % des sujets respectent cette norme du F% et 36,27 % celle du F+% (Tableau 24). Pour le A%, un score inférieur à 50 % signe une pluralité des contenus des réponses et ainsi, une richesse de l'espace imaginaire. Or, ils sont 53,92 % des patients à satisfaire à ce critère (Tableau 24). Concernant le TRI et la FS, ceux-ci ne doivent être ni coartés, ni coartatifs. Notre échantillon satisfait ce critère à 85,29 % pour le premier et à 64,71 % pour le second. En effet, 44,12 % des patients présentent un TRI introversif (dont 17,65 % introversif pur), 40,2 % un TRI extratensif (dont 19,61 % extraversif pur), et un ambiéqual. Enfin, le dernier critère est le nombre de banalités qui doit être compris entre trois et cinq pour l'ensemble du protocole. De ce fait, ils sont 68,63 % à respecter cette norme. En associant ces indicateurs les uns aux autres, nous pouvons qualifier la qualité de l'espace imaginaire. Ainsi, seulement 7,84 % des patients ont un espace imaginaire de bonne qualité. Pour les autres, 8,82 % présentent une difficulté d'accès à un espace imaginaire riche, et la majorité des sujets, 83,33 % montrent une pauvreté de l'espace imaginaire (Tableau 24).

En additionnant cette analyse de la qualité de l'espace imaginaire avec celle portant sur la qualité de la mentalisation (Tableau 24), nous pouvons caractériser le processus résilient des patients. Ainsi, d'après l'ensemble des indicateurs au test de Rorschach, la quasi-totalité de notre échantillon (95,1 %) présente un fonctionnement intrapsychique caractérisé par l'absence de processus résilient. Les 4,9 % restants sont également non résilients, mais dévoilent cependant, une capacité à mobiliser un début de processus résilient (Tableau 24). L'analyse des données du test de Rorschach au T0 confirme donc notre hypothèse H1F qui postule l'absence de processus résilient chez les patients en situation d'obésité en demande de chirurgie bariatrique. De plus, il valide notre analyse précédente issue de l'entretien clinique, et à tendance à confirmer la présence d'un biais dans les auto-questionnaires chez certains patients utilisant des mécanismes de défense de mise à distance de l'émotion. Enfin, l'absence de processus résilient chez les patients en situation d'obésité à l'entrée du parcours de préparation, souligne pleinement la nécessité d'une prise en charge adaptée facilitant l'émergence d'un processus résilient.

Tableau 24 : Indicateurs de résilience au test de Rorschach

|   | Femme<br>( N = 81) | Homme<br>( N = 21) | Total<br>( N = 102) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/Homme |
|---|--------------------|--------------------|---------------------|--|
| Nombre de K<br>supérieur à 3                          | 12 (14,81 %)       | 3 (14,29 %)        | 15 (14,71 %)        | NS   |
| Nombre de petit k<br>supérieur à 4                    | 6 (7,41 %)         | 0 (0 %)            | 6 (5,88 %)          | NS   |
| Nombre de réponse<br>supérieur à 20                   | 18 (22,22 %)       | 2 (9,52 %)         | 20 (19,61 %)        | NS   |
| F% inférieur à 60 %                                   | 16 (19,75 %)       | 3 (14,29 %)        | 19 (18,63 %)        | NS   |
| F+% inférieur à 65 %                                  | 30 (37,04 %)       | 7 (33,33 %)        | 37 (36,27 %)        | NS   |
| A% inférieur à 50 %                                   | 41 (50,62 %)       | 14 (66,67 %)       | 55 (53,92 %)        | NS   |
| TRI ni coarté, ni<br>coartatif                        | 68 (83,95 %)       | 19 (90,48 %)       | 87 (85,29 %)        | NS   |
| FS ni coarté, ni<br>coartatif                         | 53 (65,43 %)       | 13 (61,9 %)        | 66 (64,71 %)        | NS   |
| Ban comprise entre<br>3 et 5                          | 57 (70,37 %)       | 13 (61,9 %)        | 70 (68,63 %)        | NS   |
| Pauvreté de l'espace<br>imaginaire                    | 67 (82,72 %)       | 18 (85,71 %)       | 85 (83,33 %)        | NS   |
| Difficulté d'accès à<br>un espace<br>imaginaire riche | 7 (8,64 %)         | 2 (9,52 %)         | 9 (8,82 %)          |  |
| Espace imaginaire<br>riche                            | 5 (6,17 %)         | 1 (4,76 %)         | 6 (5,88 %)          |  |
| Espace imaginaire<br>luxuriant                        | 2 (2,47 %)         | 0 (0 %)            | 2 (1,96 %)          |  |
| Bonne capacité de<br>mentalisation                    | 2 (2,47 %)         | 0 (0 %)            | 2 (1,96 %)          | 3,92%  |
| Difficulté<br>d'élaboration<br>mentale des affects    | 1 (1,23 %)         | 3 (14,29 %)        | 4 (3,92 %)          |  |
| Difficulté de<br>symbolisation des<br>affects         | 8 (9,88 %)         | 2 (9,52 %)         | 10 (9,8 %)          |  |
| Pauvreté de la<br>mentalisation                       | 70 (86,42 %)       | 16 (76,19 %)       | 86 (84,31 %)        |  |
| Absence de<br>résilience                              | 78 (96,3 %)        | 19 (90,48 %)       | 97 (95,1 %)         | NS   |
| Difficulté d'accès à<br>la résilience                 | 3 (3,7 %)          | 2 (9,52 %)         | 5 (4,9 %)           |  |

### 1.1.7. Synthèse des analyses de l'hypothèse 1

Après avoir vérifié ce premier groupe d'hypothèses, nous allons synthétiser dans le tableau ci-dessous si elles ont été validées ou infirmées (Tableau 25).

Tableau 25 : Synthèse de la validation des hypothèses 1

| Hypothèses   | Vérifiées<br>Oui/Non |
|--|----------------------|
| H1 a : Conformément à la littérature, la qualité de vie de nos sujets en situation d'obésité sévère ou massive serait altérée.   | Oui                  |
| H1 b : Au regard de la littérature scientifique, nous posons l'existence de TCA actuels ou passés dans la vie des sujets en situation d'obésité sévère ou massive.   | Oui                  |
| H1 c : Nous attendons que les sujets en demande de chirurgie bariatrique présentent des symptômes psychopathologiques présents ou passés (anxiété, dépression, tentatives de suicide, addictions, etc.).   | Oui                  |
| H1 d : Conformément à la littérature actuelle, nous attendons de trouver une prévalence d'événements de vie difficiles et traumatiques chez les personnes en situation d'obésité sévère ou massive.  | Oui                  |
| H1 e : Au vu de l'ensemble des psychopathologies observées dans la littérature chez les sujets en situation d'obésité sévère ou massive, nous attendons que notre population présente un faible niveau de mentalisation.   | Oui                  |
| H1 f : D'après les liens établis entre obésité, existence d'événements de vie difficiles et traumatiques et présence de psychopathologies, nous postulons une absence de processus résilient chez les patients au début du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique. | Oui                  |

Malgré la validation de toutes ces hypothèses 1, nous avons constaté une divergence entre les prévalences observées à l'aide des données issues des questionnaires, de l'entretien clinique, et du test de Rorschach. Nous l'expliquons par l'existence de mécanismes de défense chez cette population, influençant notamment les résultats aux questionnaires et à l'entretien clinique. Néanmoins, tous les patients de notre échantillon ne sont pas concernés par ces manifestations. De ce fait, notre objectif est de différencier les sujets ayant fortement recours à ces dynamiques défensives, des autres. Pour ce faire, nous nous appuyons sur deux postulats :

- La quasi-totalité des patients en situation d'obésité sévère ou massive et candidats à une chirurgie bariatrique ont des troubles alimentaires.
- La quasi-totalité des patients en situation d'obésité sévère ou massive et candidats à une chirurgie bariatrique n'est pas résiliente.

En suivant ces postulats, nous devrions théoriquement retrouver un score supérieur ou égal à 17 points pour la BES, et un score inférieur à 170 points à la RSA chez l'ensemble de ces sujets. En appliquant ces seuils, nous identifions deux groupes pour chacune de ces échelles. Le premier, celui des "concordants", correspond aux patients respectant les règles énoncées. Le second, le groupe des "discordants", rassemble les sujets obtenant des scores opposés à ceux attendus. Pour finir, nous combinerons ces deux évaluations pour créer trois groupes. Le premier, rassemblera les sujets "concordants" aux deux questionnaires (N = 46). Dans le second, seront les patients "discordants" aux deux questionnaires (N = 67). Enfin, le dernier, sera constitué par tous les autres sujets (N = 87) "discordants" à un seul des deux questionnaires uniquement. Nous comparerons les résultats de ces trois groupes entre eux, au niveau des questionnaires, de l'entretien clinique et du test de Rorschach (Annexe 10, Annexe 11, Annexe 12). Cependant, pour faciliter les analyses, nous nous centrerons exclusivement sur la comparaison entre le groupe des "discordants" et celui des "concordants" (Tableau 26, Tableau 27 et Tableau 28).

D'après l'analyse des résultats aux questionnaires (Tableau 26), nous constatons une différence significative entre les patients "concordants" et "discordants". Tout d'abord, nous identifions une différence significative des scores aux deux questionnaires qui nous ont servi à la classification des patients. En effet, les résultats à la RSA et à la BES sont respectivement de 144,17 (19,21) et 24,87 (5,86) pour les "concordants" et de 192,18 (14,14) et 9,13 (4,64) pour les "discordants" ( $p < 0,01$  %) (Tableau 26). Nous constatons également des résultats différents à tous les autres questionnaires, excepté à la sous-échelle de qualité de vie physique du SF-36, et aux sous-dimensions abus et négligences physiques du CTQ. Ainsi, avec la TAS, les patients "concordants" se déclarent plus souvent alexithymiques que les "discordants" ( $p < 0,01$  %). D'après l'HAD, ils sont également plus anxieux et plus dépressifs que ces derniers ( $p < 0,01$  %) (Tableau 26). De plus, les patients "concordants" présentent une qualité de vie mentale plus altérée que celle des sujets "discordants" ( $p < 0,01$  %). Concernant les événements de vie difficiles et traumatiques, les patients "discordants" déclarent moins d'abus émotionnel ( $p = 0,02$  %) et sexuel ( $p = 0,18$  %) que les "concordants", ainsi que des négligences émotionnelles

moindres ( $p = 0,02\%$ ) (Tableau 26). L'échelle de déni du CTQ corrobore notre hypothèse que les sujets "discordants" ont tendance, lors de la passation des questionnaires, à davantage sous-déclarer ces événements que les autres patients ( $p = 1,97\%$ ) (Tableau 26).

Tableau 26 : Comparaison des scores aux questionnaires pour les sujets "concordants" et "discordants" (T0)

|                                   | Concordants<br>(N = 46) | Discordants<br>(N = 67) | Significativité<br>de la<br>différence |
|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|--|
| RSA                               | 144,17 (19,21)          | 192,18 (14,14)          | < 0,01%                                |
| BES                               | 24,87 (5,86)            | 9,13 (4,64)             | < 0,01%                                |
| TAS                               | 59,41 (10,91)           | 46,33 (11,58)           | < 0,01%                                |
| HAD<br>Anxiété                    | 11,74 (3,79)            | 8,36 (3,91)             | < 0,01%                                |
| HAD<br>Dépression                 | 10,43 (3,61)            | 5,69 (3,12)             | < 0,01%                                |
| SF-36<br>Résumé physique          | 36,58 (9,46)            | 37,17 (9,21)            | NS                                     |
| SF-36<br>Résumé mental            | 37,72 (8,46)            | 51,62 (8,53)            | < 0,01%                                |
| CTQ<br>Abus émotionnel            | 10,39 (5,12)            | 7,63 (4,09)             | 0,02%                                  |
| CTQ<br>Abus physique              | 6,13 (2,21)             | 6,01 (2,88)             | NS                                     |
| CTQ<br>Abus sexuel                | 6,65 (3,82)             | 5,54 (2,65)             | 0,18%                                  |
| CTQ<br>Négligence<br>émotionnelle | 13,28 (4,16)            | 10,55 (4,8)             | 0,02%                                  |
| CTQ<br>Négligence physique        | 8,5 (3,24)              | 7,58 (2,75)             | NS                                     |
| CTQ<br>Déni                       | 9,35 (2,92)             | 10,49 (3,02)            | 1,97%                                  |

D'après l'analyse des données issues de l'entretien clinique, nous observons également les conséquences des manifestations défensives chez les sujets "discordants", puisque la majorité des critères de l'évaluation du processus résilient est influencée par celles-ci (Tableau 27). Les patients "discordants" déclarent moins souffrir de dépressions et d'anxiétés comparativement aux patients "concordants". De plus, ils auraient une prévalence plus faible de TCA compulsifs ( $p < 0,01\%$ ), d'addictions ( $p = 1,11\%$ ) et de meilleures relations familiales

et amicales ( $p = 1,14 \%$ ) (Tableau 27). Néanmoins, les sous-dimensions mécanismes de défense, capacités d'expression des affects et tuteurs de résilience montrent une plus grande fragilité psychique pour les patients "discordants" comparativement aux "concordants". Ainsi, les sujets "concordants" sont 52,17 % à présenter une rigidité au niveau des mécanismes de défense, alors que les "discordants" sont 74,63 % ( $p = 2,11 \%$ ). De même, ces premiers sont 52,17 % à rencontrer des difficultés pour exprimer leurs affects lors de l'entretien, alors que les sujets "discordants" sont 73,13 % ( $p = 0,32 \%$ ) (Tableau 27). Enfin, les patients "concordants" ont plus de facilités à investir un possible tuteur de résilience que les "discordants" ( $p = 3,57 \%$ ). Pour conclure, la plus faible prévalence des psychopathologies déclarées chez les sujets "discordants" peut s'expliquer par la présence de manifestations défensives, permettant de lutter contre l'émergence des affects.

L'analyse comparative des données du test de Rorschach entre les sujets "concordants" ( $N = 32$ ) et "discordants" ( $N = 26$ ) montre peu de différences significatives (Tableau 28). Néanmoins, les sujets "discordants" sont plus nombreux à présenter un protocole avec un nombre de réponses correspondant aux normes attendues ( $p = 2,41 \%$ ) et un  $F+\%$  inférieur à celles-ci ( $p = 0,92 \%$ ). L'analyse du  $IA\%$  fait apparaître une meilleure gestion de l'angoisse des patients "concordants" que des "discordants" ( $p = 4,83 \%$ ) (Tableau 28). Malgré des différences de prévalences observables au sein des autres indicateurs, celles-ci ne sont pas significatives, par manque de puissance statistique.

Pour conclure, nous venons de montrer qu'il est possible de distinguer les patients selon la rigidité de leurs manifestations défensives, lors de leur entrée dans le parcours de préparation à la chirurgie. De plus, ce constat est d'autant plus significatif que les trois méthodologies utilisées valident l'hypothèse que les patients "discordants" ont plus de difficultés à gérer leurs émotions et à recourir à un fonctionnement défensif souple, comparativement aux sujets "concordants".

Tableau 27 : Comparaison des indicateurs de résilience dans l'entretien clinique entre les sujets "concordants" et "discordants" (T0)

|  |   | Concordants<br>(N = 46) | Discordants<br>(N = 67) | Significativité<br>de la<br>différence |
|--|---|-------------------------|-------------------------|--|
| Dépression et<br>anxiété                   | 0 | 45,65%                  | 19,40%                  | 0,02%                                  |
|  | 1 | 34,78%                  | 25,37%                  |  |
|  | 2 | 19,57%                  | 55,22%                  |  |
| Rigidité des<br>mécanismes de<br>défense   | 0 | 10,87%                  | 11,94%                  | 2,11%                                  |
|  | 1 | 41,30%                  | 62,69%                  |  |
|  | 2 | 47,83%                  | 25,37%                  |  |
| Capacité<br>d'expression<br>des affects    | 0 | 8,70%                   | 31,34%                  | 0,32%                                  |
|  | 1 | 43,48%                  | 41,79%                  |  |
|  | 2 | 47,83%                  | 26,87%                  |  |
| Tuteur de<br>résilience                    | 0 | 13,04%                  | 25,37%                  | 3,57%                                  |
|  | 1 | 69,57%                  | 68,66%                  |  |
|  | 2 | 17,39%                  | 5,97%                   |  |
| Troubles du<br>comportement<br>alimentaire | 0 | 63,04%                  | 25,37%                  | < 0,01%                                |
|  | 1 | 2,17%                   | 1,49%                   |  |
|  | 2 | 34,78%                  | 73,13%                  |  |
| Addictions                                 | 0 | 41,30%                  | 20,90%                  | 1,11%                                  |
|  | 2 | 58,70%                  | 79,10%                  |  |
| Comportements<br>auto-agressifs            | 0 | 4,35%                   | 1,49%                   | NS                                     |
|  | 2 | 95,65%                  | 98,51%                  |  |
| Comportements<br>antisociaux               | 0 | 0,00%                   | 0,00%                   | NS                                     |
|  | 2 | 100,00%                 | 100,00%                 |  |
| Relations<br>familiale et<br>amicale       | 0 | 6,52%                   | 1,49%                   | 1,14%                                  |
|  | 1 | 43,48%                  | 25,37%                  |  |
|  | 2 | 50,00%                  | 73,13%                  |  |
| Exclusion<br>sociale                       | 0 | 13,04%                  | 4,48%                   | NS                                     |
|  | 1 | 0,00%                   | 1,49%                   |  |
|  | 2 | 86,96%                  | 94,03%                  |  |

Tableau 28 : Comparaison des scores au test de Rorschach entre les sujets "concordants" et "discordants" (T0)

|  | Concordants<br>(N = 32) | Discordants<br>(N = 26) | Significativité<br>de la<br>différence |
|--|-------------------------|-------------------------|--|
| Nombre de réponse<br>supérieur à 20          | 7,7%                    | 31,3%                   | 2,41%                                  |
| Refus  | 50,0%                   | 43,8%                   | NS                                     |
| Choc   | 7,0%                    | 8,0%                    | NS                                     |
| Eq Choc                                      | 96,2%                   | 93,8%                   | NS                                     |
| Ban comprise entre<br>3 et 5                 | 76,9%                   | 68,8%                   | NS                                     |
| F% inférieur à 60%                           | 19,2%                   | 15,6%                   | NS                                     |
| F+% inférieur à<br>65%                       | 11,5%                   | 40,6%                   | 0,92%                                  |
| A% inférieur à 50 %                          | 46,2%                   | 68,8%                   | NS                                     |
| IA% supérieur à<br>13%                       | 26,9%                   | 50,0%                   | 4,83%                                  |
| Nombre de K<br>Supérieur à 3                 | 19,2%                   | 18,8%                   | NS                                     |
| IES général<br>Supérieur à 0,5               | 50,0%                   | 56,3%                   | NS                                     |
| IES agressivité<br>Supérieur à 0,5           | 34,6%                   | 25,0%                   | NS                                     |
| IES féminin /<br>Maternel<br>Supérieur à 0,5 | 34,6%                   | 28,1%                   | NS                                     |
| IES phallique<br>Supérieur à 0,5             | 42,3%                   | 59,4%                   | NS                                     |



## **1.2. Concernant l'effet du parcours de préparation**

### **1.2.1. Hypothèse 2A**

**H2 a : À la suite du parcours de préparation, nous attendons d'observer une amélioration de la qualité de vie, notamment à la sous-échelle de qualité de vie psychologique.**

Nous vérifierons notre hypothèse à l'aide des données recueillies à la SF-36 issues des T0 et T1. Nous les comparerons entre elles pour évaluer l'évolution de la qualité de vie dans le parcours de préparation (Tableau 29).

Globalement, il est possible de dire qu'il existe une amélioration à la majorité des sous-échelles de qualité de vie de la SF-36, exceptée pour l'activité physique (PF) et pour le score résumé physique (PCS) (Tableau 29). Nous commencerons par analyser les scores des qualités de vie physique, puis psychique.

Concernant les limitations dues à l'état physique (RP), le score moyen passe de 54,43 % à 65,98 % (Tableau 29) et représente une amélioration de qualité de vie pour 43,67 % des sujets (Tableau 30). Cependant, en comparant cette moyenne à la distribution de la population générale, cette évolution apparaît comme étant assez faible. En effet, cette augmentation maintient notre échantillon au 8,9<sup>ème</sup> percentile de la population générale (Leplège, 2001).

À propos des douleurs physiques (BP), le score moyen à l'échelle passe de 40,85 % à 44,39 % (Tableau 29), ce qui représente une amélioration de qualité de vie pour 41,77 % des sujets (Tableau 30). Cependant, en comparant ces moyennes à la distribution générale de la population, cette évolution, bien que significative, reste néanmoins faible puisque le percentile de la population générale passe du 6,90<sup>ème</sup> au 7,7<sup>ème</sup> (Leplège, 2001).

Tableau 29 : Comparaison des scores moyens à la SF-36 entre T0 et T1

| SF-36  | Score à T0        | Score à T1        | Significativité de la différence selon le test de Wilcoxon |
|--|-------------------|-------------------|--|
| Activité Physique (PF)<br>Moyenne (écart-type)                   | 49,56 % (24,44 %) | 51,23 % (26,33 %) | NS   |
| Limitations dues à l'état physique (RP)<br>Moyenne (écart-type)  | 54,43 % (36,63 %) | 65,98 % (35,27 %) | 0,05%  |
| Douleur physique (BP)<br>Moyenne (écart-type)                    | 40,85 % (20,64 %) | 44,39 % (24,05 %) | 4,92%  |
| Santé perçue (GH)<br>Moyenne (écart-type)                        | 44,61 % (19,33 %) | 59,41 % (19,57 %) | < 0,01 %   |
| Vitalité (VT)<br>Moyenne (écart-type)                            | 41,61 % (19,79 %) | 57,09 % (19,62 %) | 0,00%  |
| Vie et relation avec les autres (SF)<br>Moyenne (écart-type)     | 63,45 % (25,8 %)  | 73,97 % (23,65 %) | < 0,01 %   |
| Limitations dues à l'état psychique (RE)<br>Moyenne (écart-type) | 72,36 % (37,47 %) | 84,6 % (29,78 %)  | 0,02%  |
| Santé psychique (MH)<br>Moyenne (écart-type)                     | 61,27 % (18,9 %)  | 76,53 % (14,6 %)  | < 0,01 %   |
| Résumé score physique (PCS)<br>Moyenne (écart-type)              | 35,25 % (8,51 %)  | 36,35 % (9,93 %)  | NS   |
| Résumé score Mental (MCS)<br>Moyenne (écart-type)                | 46,69 % (10,46 %) | 54,57 % (8,18 %)  | < 0,01 %   |
| Evolution de la santé perçue (HT)<br>Moyenne (écart-type)        | 37,66 % (24,4 %)  | 62,82 % (23,22 %) | < 0,01 %   |

Concernant la santé perçue (GH), le score moyen à l'échelle passe de 44,61 % à 59,41 % (Tableau 29), ce qui correspond à une amélioration de qualité de vie pour 77,85 % des sujets (Tableau 30). En comparant ces moyennes à la distribution générale de la population, l'évolution de qualité de vie situe désormais notre échantillon au 13,6<sup>ème</sup> percentile lors du T1, comparé au 3,4<sup>ème</sup> percentile du T0 (Leplège, 2001).

Ainsi, comme nous l'avons précisé précédemment, il n'est pas possible d'identifier de différence significative au niveau du score résumé de qualité de vie physique (PCS). En effet, même si l'on note une évolution positive de certains indicateurs, cette dernière reste relativement faible lorsqu'on la compare à la qualité de vie de la population générale.

Tableau 30 : Évolution du niveau de qualité de vie entre T0 et T1

|  | Diminution du niveau de qualité de vie | Stabilité du niveau de qualité de vie | Augmentation du niveau de qualité de vie |
|--|--|---------------------------------------|--|
| Activité Physique (PF)                   | 61 (38,61 %)                           | 24 (15,19 %)                          | 73 (46,2 %)                              |
| Limitations dues à l'état physique (RP)  | 34 (21,52 %)                           | 55 (34,81 %)                          | 69 (43,67 %)                             |
| Douleur physique (BP)                    | 54 (34,18 %)                           | 38 (24,05 %)                          | 66 (41,77 %)                             |
| Santé perçue (GH)                        | 28 (17,72 %)                           | 7 (4,43 %)                            | 123 (77,85 %)                            |
| Vitalité (VT)                            | 18 (11,39 %)                           | 17 (10,76 %)                          | 123 (77,85 %)                            |
| Vie et relation avec les autres (SF)     | 33 (20,89 %)                           | 36 (22,78 %)                          | 89 (56,33 %)                             |
| Limitations dues à l'état psychique (RE) | 14 (8,86 %)                            | 94 (59,49 %)                          | 50 (31,65 %)                             |
| Santé psychique (MH)                     | 23 (14,56 %)                           | 15 (9,49 %)                           | 120 (75,95 %)                            |
| Résumé score physique (PCS)              | 69 (43,67 %)                           |                                       | 89 (56,33 %)                             |
| Résumé score Mental (MCS)                | 33 (20,89 %)                           |                                       | 125 (79,11 %)                            |
| Evolution de la santé perçue (HT)        | 9 (5,7 %)                              | 43 (27,22 %)                          | 106 (67,09 %)                            |

Concernant la vitalité (VT), le score moyen à la sous-échelle passe de 41,61 % lors du T0 à 57,09 % au T1 (Tableau 29), représentant une amélioration de la qualité de vie pour 77,85 % des sujets de notre échantillon (Tableau 30). En comparant ces moyennes à la distribution générale de la population française, nous constatons que cette évolution est relativement forte puisque la qualité de vie de notre échantillon se situe au 41,6<sup>ème</sup> percentile lors du T1, contre le 8,2<sup>ème</sup> percentile lors du T0 (Leplège, 2001).

À propos de la vie et la relation avec les autres (SF), le score moyen à l'échelle évolue de 63,45 % à 73,97 % (Tableau 29), correspondant à une amélioration de la qualité de vie pour 56,33 % de nos patients (Tableau 30). Cependant, malgré cette augmentation, la comparaison de ces moyennes à la distribution générale de la population française conduit à ce que cette évolution reste relativement faible, puisqu'elle se situe toujours dans le 15,3<sup>ème</sup> percentile (Leplège, 2001).

Concernant la limitation due à l'état psychique (RE), le score moyen à cette sous-échelle passe de 72,36 % à 84,6 % (Tableau 29), ce qui correspond à une amélioration de qualité de vie pour 31,65 % des sujets et à une stabilisation pour 59,49 % (Tableau 30). Ainsi, cette

augmentation de la qualité de vie conduit à ce que la moyenne de notre échantillon corresponde à celle de la population générale (Leplège, 2001).

Enfin, concernant la santé psychique (MH), le score moyen augmente de 61,27 % à 76,53 % (Tableau 29), représentant une amélioration de la qualité de vie pour 75,95 % de nos sujets (Tableau 30). En comparant ces moyennes à la distribution générale de la population française, nous constatons que cette évolution est relativement forte puisque la qualité de vie de notre échantillon se situe désormais au 60<sup>ème</sup> percentile contre le 23,3<sup>ème</sup> au T0 (Leplège, 2001).

Ainsi, consécutivement à l'évolution positive de l'ensemble de ces dimensions psychiques, le score résumé psychique augmente lui aussi significativement entre le T0 et le T1, évoluant de 46,69 % à 54,57 % (Tableau 29). Cela correspond à une amélioration de la qualité de vie psychique chez 79,11 % de nos sujets (Tableau 30). De plus, 67,09 % des patients considèrent que leur qualité de vie a évolué positivement ces derniers temps, conduisant à l'augmentation significative du score de qualité de vie perçue (HT), passant de 37,66 % lors du T0 à 62,82 % au T1.

Pour conclure, nous notons l'évolution générale de la qualité de vie des patients lors du parcours de préparation. Comme nous l'attendions, la qualité de vie psychique augmente assez fortement et se rapproche des scores de la population générale, alors que l'accroissement de la qualité de vie physique reste plus modéré. De ce fait, nous pouvons valider notre hypothèse 2A, qui stipulait que le parcours de préparation à la chirurgie bariatrique améliore la qualité de vie des patients, notamment sur le plan psychologique.

### **1.2.2. Hypothèse 2B**

**H2 b : Nous supposons une diminution des TCA en termes de fréquence et d'intensité entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.**

Nous vérifierons cette hypothèse à l'aide de données quantitatives et qualitatives issues respectivement des questionnaires (DEBQ et BES) et de l'entretien clinique. Nous analyserons ensuite l'évolution des scores et des prévalences de ces données entre le T0 et le T1.

Tout d'abord, nous notons une différence significative entre les résultats aux questionnaires réalisés lors du T0 et ceux effectués à la fin du parcours de préparation (Tableau 31). En effet, il apparaît pour le DEBQ et la BES, une diminution importante des scores aux

différents indicateurs. En analysant le DEBQ selon les seuils de scores, la prévalence des comportements alimentaires restrictifs diminue et passe de 47,8 % à 37,11 % ( $p = 2,15\%$ ). L'impact de la sphère émotionnelle sur l'alimentation est également réduit, puisque les prévalences des émotivités diffuse, définie et totale évoluent respectivement de 43,4 %, 36,48 % et 37,74 % lors du T0, à 16,35 %, 8,81 % et 8,18 % lors du T1 ( $p < 0,01\%$ ) (Tableau 31). Enfin, la prévalence des patients évoquant l'externalité comme déclencheur de leur comportement alimentaire a diminué, pour passer de 36,48 % à 8,81 % ( $p < 0,01\%$ ). Concernant les scores à la BES, le constat est identique puisque le score moyen à l'échelle évolue de 15,41 (8,19) à 5,84 (4,93) entre le T0 et le T1. Cela représente une diminution des prévalences de TCA modérés et sévères de 42,13 % à 5,03 % des sujets ( $p < 0,01\%$ ).

Tableau 31 : Évolution des scores et des prévalences aux questionnaires entre T0 et T1 (N= 159)

|  | Score à T0   | Score à T1    | Significativité de la différence entre T0 et T1 |
|--|--------------|---------------|---|
| DEBQ restriction<br>Moyenne (écart-type)     | 2,87 (0,75)  | 2,71 (0,73)   | 1,19%   |
| DEBQ émotion diffuse<br>Moyenne (écart-type) | 2,75 (0,91)  | 1,85 (0,87)   | < 0,01 %  |
| DEBQ émotion définie<br>Moyenne (écart-type) | 2,74 (0,66)  | 1,88 (0,75)   | < 0,01 %  |
| DEBQ émotion totale<br>Moyenne (écart-type)  | 2,81 (0,7)   | 1,86 (0,78)   | < 0,01 %  |
| DEBQ externalité<br>Moyenne (écart-type)     | 2,77 (0,6)   | 2,12 (0,55)   | < 0,01 %  |
| BES<br>Moyenne (écart-type)                  | 15,41 (8,19) | 5,84 (4,93)   | < 0,01 %  |
| DEBQ restriction                             | 76 (47,8 %)  | 59 (37,11 %)  | 2,15%   |
| DEBQ émotion diffuse                         | 69 (43,4 %)  | 26 (16,35 %)  | < 0,01 %  |
| DEBQ émotion définie                         | 58 (36,48 %) | 14 (8,81 %)   | < 0,01 %  |
| DEBQ émotion totale                          | 60 (37,74 %) | 13 (8,18 %)   | < 0,01 %  |
| DEBQ externalité                             | 58 (36,48 %) | 14 (8,81 %)   | < 0,01 %  |
| BES Absence TCA                              | 92 (57,86 %) | 151 (94,97 %) | < 0,01 %  |
| BES TCA modéré                               | 52 (32,7 %)  | 8 (5,03 %)    |   |
| BES TCA sévère                               | 15 (9,43 %)  | 0 (0 %)       |   |

Ainsi, la comparaison des scores aux questionnaires entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie, montre une diminution significative des troubles alimentaires durant cet intervalle et valide notre hypothèse 2B.

Tableau 32 : Évolution des prévalences des TCA selon l'entretien entre T0 et T1

|                            | Prévalence à T0 | Prévalence à T1 | Significativité de la différence entre T0 et T1 |
|----------------------------|-----------------|-----------------|---|
| Hyperphagie prandiale      | 111 (69,81 %)   | 27 (16,98 %)    | < 0,01 %  |
| Binge prandial             | 75 (47,17 %)    | 13 (8,18 %)     | < 0,01 %  |
| Grignotage                 | 86 (54,09 %)    | 42 (26,42 %)    | < 0,01 %  |
| Grazing                    | 32 (20,13 %)    | 1 (0,63 %)      | < 0,01 %  |
| Absence de BED             | 69 (43,4 %)     | 142 (89,31 %)   | < 0,01 %  |
| BED mineurs                | 15 (9,43 %)     | 12 (7,55 %)     |   |
| BED modérés                | 33 (20,75 %)    | 5 (3,14 %)      |   |
| BED sévères                | 24 (15,09 %)    | 0,35 (0,35 %)   |   |
| BED extrêmes               | 18 (11,32 %)    | 0,21 (0,21 %)   |   |
| BED rémission partielle    | 8 (5,03 %)      | 48 (30,19 %)    | < 0,01 %  |
| BED rémission totale       | 8 (5,03 %)      | 54 (33,96 %)    | < 0,01 %  |
| Binge Subjectif            | 3 (1,89 %)      | 6 (3,77 %)      | NS  |
| NES                        | 17 (10,69 %)    | 3 (1,89 %)      | 0,01%   |
| Compulsion sub syndromique | 3 (1,89 %)      | 1 (0,63 %)      | NS  |
| Boulimie                   | 4 (2,52 %)      | 0 (0 %)         | NS  |

En nous appuyant sur les diagnostics des TCA à l'issue de l'entretien clinique entre ces deux temps de recherche, nous constatons une diminution des troubles alimentaires (Tableau 32). En effet, la majorité des patients rapportent, par exemple, manger moins de quantité durant les repas (69,81 % lors du T0 contre à 16,98 % au T1) et ne plus avoir de compulsions (de 47,17 % de binge prandial à T0 à 8,18 % au T1). Les comportements extra-prandiaux ont également été modifiés, puisque le grignotage et le grazing ont diminué respectivement de 54,09 % et 20,13 % au début du parcours, à 26,42 % et 0,63 % après les groupes de préparation à la chirurgie. La prévalence du BED a aussi diminué chez cette population. En effet, alors que ces troubles touchaient 56,6 % des patients au T0, ils ne sont plus que 10,69 % à présenter cette psychopathologie au T1. De plus, lorsque ce comportement est toujours présent, sa fréquence est diminuée ( $p < 0,01$  %). Ce constat d'une diminution des BED se retrouve logiquement dans une augmentation des prévalences des rémissions partielle et totale. La prévalence du NES a, elle aussi, tendance à diminuer ( $p = 0,01$  %) car elle passe de 10,69 % à 1,89 % (Tableau 32).

Pour conclure, les données de l'entretien clinique corroborent les résultats des questionnaires, allant dans le sens d'une diminution, voire d'une rémission des troubles alimentaires chez les patients durant le parcours de préparation. En effet, près de 35 % des sujets ne présentent plus de TCA à la fin du parcours de préparation ( $p < 0,01$  %). De plus, lors de TCA, ces derniers sont de compulsivités moindres que lors du T0, avec notamment, une réduction importante des TCA avec une forte compulsivité (BED, binge prandial, NES et boulimie), qui passe de 62,89 % à 13,21 % (Tableau 33). Cette diminution affecte la prévalence des TCA avec une compulsivité modérée (BED rémission partielle, grazing, binge subjectif et compulsions sub-syndromique) car elle est particulièrement influencée par la prévalence des BED en rémission partielle. Ainsi, au vu des évolutions des prévalences des troubles alimentaires entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie, notre hypothèse H2b est validée.

*Tableau 33 : Synthèse de l'évolution des troubles alimentaires entre T0 et T1*

|                                   | Prévalence à T0 | Prévalence à T1 | Significativité de la différence entre T0 et T1 |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|---|
| Absence de TCA                    | 1 (0,63 %)      | 56 (35,22 %)    | $< 0,01$ %                                      |
| TCA non compulsif                 | 38 (23,9 %)     | 34 (21,38 %)    |   |
| TCA avec une compulsivité modérée | 20 (12,58 %)    | 48 (30,19 %)    |   |
| TCA avec une forte compulsivité   | 100 (62,89 %)   | 21 (13,21 %)    |   |

### 1.2.1. Hypothèse 2C

**H2 c : À la fin du parcours de préparation à la chirurgie, nous attendons une diminution des psychopathologies, notamment de l'anxiété, de la dépression et des addictions.**

Nous vérifierons cette hypothèse à l'aide de données quantitatives et qualitatives issues respectivement de l'HAD et de l'entretien clinique. Nous analyserons les données relatives aux dépressions, aux anxiétés et aux comportements addictifs.

Concernant les dépressions, les scores du questionnaire HAD diminuent entre le T0 et le T1 ( $p < 0,01$  %), passant d'une moyenne de 7,21 (3,72) à 3,63 (2,69) (Tableau 34). Cette diminution conduit nécessairement à une réduction de la prévalence du diagnostic de dépression entre ces deux temps. En effet, alors que la symptomatologie avérée de dépression concernait

25,16 % des sujets lors du T0, celle-ci ne représente plus que 3,77 % de ces derniers au T1. Le phénomène est identique avec le diagnostic de symptomatologie douteuse, où la prévalence évolue de 20,13 % à 5,66 %. Ainsi, nous passons de près d'un patient sur deux sans symptôme dépressif lors du T0, à neuf patients sur dix au T1 (Tableau 34). L'analyse des données de l'entretien aboutit à la même conclusion puisque l'expression d'affects dépressifs durant l'entretien évolue de 18,24 % à 3,14 % ( $p < 0,01$  %) (Tableau 34). Nous pouvons donc affirmer que le parcours de préparation à la chirurgie bariatrique permet une diminution significative des affects dépressifs chez les sujets en situation d'obésité.

*Tableau 34 : Évolution de la dépression entre T0 et T1*

| Dépression                        | T0<br>N = 159 | T1<br>N = 159 | Significativité de<br>la différence |
|-----------------------------------|---------------|---------------|-------------------------------------|
| HAD<br>Moyenne (écart type)       | 7,21 (3,72)   | 3,63 (2,69)   | < 0,01 %                            |
| HAD<br>Absence de symptomatologie | 87 (54,72 %)  | 144 (90,57 %) | < 0,01 %                            |
| HAD<br>Symptomatologie douteuse   | 32 (20,13 %)  | 9 (5,66 %)    |                                     |
| HAD<br>Symptomatologie avérée     | 40 (25,16 %)  | 6 (3,77 %)    |                                     |
| Entretien<br>Affect dépressif     | 29 (18,24 %)  | 5 (3,14 %)    | < 0,01%                             |

*Tableau 35 : Évolution de l'anxiété entre T0 et T1*

| Anxiété                           | T0<br>N = 159 | T1<br>N = 159 | Significativité de<br>la différence |
|-----------------------------------|---------------|---------------|-------------------------------------|
| HAD<br>Moyenne (écart type)       | 9,7 (3,91)    | 5,91 (3,08)   | < 0,01 %                            |
| HAD<br>Absence de symptomatologie | 47 (29,56 %)  | 121 (76,1 %)  | < 0,01 %                            |
| HAD<br>Symptomatologie douteuse   | 32 (20,13 %)  | 18 (11,32 %)  |                                     |
| HAD<br>Symptomatologie Avérée     | 80 (50,31 %)  | 20 (12,58 %)  |                                     |
| Entretien<br>Affects anxieux      | 54 (33,96 %)  | 13 (8,18 %)   | < 0,01%                             |

Concernant l'anxiété, les scores au questionnaire HAD diminuent entre le T0 et le T1 ( $p < 0,01$  %), passant d'une moyenne de 9,7 (3,91) à 5,91 (3,08) (Tableau 35). Cette diminution



conduit nécessairement à une réduction de la prévalence du diagnostic d'anxiété entre ces deux temps. En effet, alors que la symptomatologie avérée d'anxiété concernait 50,31 % des sujets au T0, celle-ci ne représente plus que 12,58 % de ceux-ci au T1. Le phénomène est identique avec le diagnostic de symptomatologie douteuse, où la prévalence diminue de 20,13 % à 11,32 %. Ainsi, la prévalence des patients sans symptomatologie anxieuse évolue de 29,56 % au T0 à 76,1 % au T1 (Tableau 35). L'analyse des données de l'entretien aboutit à la même conclusion, puisque l'expression d'affects anxieux diminue de 33,96 % à 8,18 % ( $p < 0,01$  %) (Tableau 35). De ce fait, nous confirmons que le parcours de préparation à la chirurgie bariatrique permet une diminution significative des affects anxieux chez les sujets en situation d'obésité.

Pour les addictions, l'analyse des données de l'entretien clinique conduit à une différence significative entre les comportements addictifs avant et après le parcours de préparation ( $p = 0,09$  %) (Tableau 36). En effet, nous observons 25,79 % de sujets avec au moins un comportement addictif lors du début du parcours de préparation, alors qu'à la fin de ce dernier, nous n'en identifions plus que 13,84 %. L'addiction au tabac a connu une baisse significative de sa prévalence passant de 19,5 % à 8,18 % ( $p = 0,05$  %). Toutefois, cette diminution peut être facilement attribuée à l'exigence de l'équipe soignante pour un arrêt de la consommation de tabac, notamment pour limiter les risques opératoires. Parmi les sujets qui présentaient une addiction aux jeux vidéo à T0, trois ont cessé ces comportements au profit de comportements socialement plus valorisés (activité manuelle, prendre du temps avec son entourage, etc.). Cependant, malgré cette diminution, cette différence n'est pas significative (Tableau 36). Au vu des résultats, nous confirmons que le parcours de préparation à la chirurgie bariatrique permet de limiter significativement les comportements addictifs chez les sujets en situation d'obésité.

*Tableau 36 : Évolution des addictions entre T0 et T1*

| Addictions                        | T0<br>N = 159 | T1<br>N = 159 | Significativité de<br>la différence |
|-----------------------------------|---------------|---------------|-------------------------------------|
| Entretien<br>Présence d'addiction | 41 (25,79 %)  | 22 (13,84 %)  | 0,09%                               |
| Tabac                             | 31 (19,5 %)   | 13 (8,18 %)   | 0,05%                               |
| Alcool                            | 1 (0,63 %)    | 1 (0,63 %)    | NS                                  |
| Jeux vidéo                        | 8 (5,03 %)    | 5 (3,14 %)    | NS                                  |

Pour conclure, ces résultats, qu'ils soient relatifs aux dépressions, à l'anxiété ou aux addictions, montrent une tendance à la diminution de ces psychopathologies lors du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique. De ce fait, nous pouvons valider notre hypothèse 2C.

Les validations des trois précédentes hypothèses soulignent l'existence d'une amélioration chez les patients (qualité de vie, troubles alimentaires, et psychopathologies) entre le début et la fin du parcours de préparation. Cependant, cette amélioration est-elle également visible au niveau intrapsychique ?

### **1.2.2. Hypothèse 2D**

**H2 D : Nous envisageons une amélioration de la qualité de mentalisation chez les patients entre le début et la fin du parcours de préparation.**

Nous testerons cette hypothèse à l'aide de données quantitatives et qualitatives issues de la TAS, de l'entretien clinique et du test de Rorschach. Nous analyserons ces données recueillies à la fin du parcours de préparation et les comparerons avec celles issues du début de celui-ci.

#### **1.2.2.1. Analyse des données de la TAS et de l'entretien clinique**

Concernant les scores à la TAS, il n'y a pas de différence significative en fonction du genre lors du temps 1 (Annexe 13). En comparant ces scores avec ceux obtenus au début du parcours de préparation, nous observons une diminution significative de l'ensemble des scores à cette échelle. Ainsi, la capacité à identifier ses sentiments passe de 18,7 (5,69) à 15,19 (6,14) ( $p < 0,01$  %). Cette moyenne au T1 est assimilable aux normes de la population générale (Parker et al., 2003). Pour la capacité à décrire ses sentiments, le constat est similaire puisque la moyenne à cette sous-échelle passe de 13,51 (4,45) à 11,74 (4,48) ( $p < 0,01$  %). Enfin, la dernière sous-dimension de la TAS, c'est-à-dire les pensées tournées vers l'extérieur, diminue également pour passer de 19,47 (4,57) à 18,2 (4,62) ( $p = 0,06$  %). À l'issue du parcours de préparation, nos sujets présentent un score similaire à la population générale, ce qui montre une augmentation de l'intérêt de ceux-ci pour les dynamiques introspectives. De ce fait, le score total à la TAS diminue de 51,68 (11,77) à 45,13 (13,26), entre le T0 et le T1. Comparativement à la littérature, ces scores apparaissent dans les normes de la population générale (Parker et al., 2003). Lors de l'application des seuils de scores, nous constatons également une diminution de l'alexithymie avérée, qui passe de 25,16 % à 13,84 % des sujets. Le diagnostic possible

d'alexithymie par la TAS concerne désormais 20,13 % des sujets contre 28,93 % lors du T0. Ainsi, les scores à TAS montrent une augmentation de la prévalence d'absence de diagnostic d'alexithymie, puisqu'il passe de 45,91 % à 66,04 % ( $p < 0,01$  %). Pour conclure, l'analyse des scores à la TAS indique une diminution de l'alexithymie durant le parcours de préparation. Ainsi, cela est en faveur d'une amélioration de la mentalisation chez les sujets en situation d'obésité et tend donc à vérifier notre hypothèse H2D.

Tableau 37 : Comparaison des scores et des prévalences à la TAS entre le T0 et le T1

|   | T0            | T1            | Significativité de la différence |
|---|---------------|---------------|----------------------------------|
| TAS Identifier les sentiments<br>Moyenne (écart-type)         | 18,7 (5,69)   | 15,19 (6,14)  | < 0,01 %                         |
| TAS Décrire les sentiments<br>Moyenne (écart-type)            | 13,51 (4,45)  | 11,74 (4,48)  | < 0,01 %                         |
| TAS Pensées tournées vers l'extérieur<br>Moyenne (écart-type) | 19,47 (4,57)  | 18,2 (4,62)   | 0,06%                            |
| TAS Score global<br>Moyenne (écart-type)                      | 51,68 (11,77) | 45,13 (13,26) | < 0,01 %                         |
| TAS<br>Absence de diagnostic d'alexithymie                    | 73 (45,91 %)  | 105 (66,04 %) | < 0,01 %                         |
| TAS<br>Diagnostic possible d'alexithymie                      | 46 (28,93 %)  | 32 (20,13 %)  |                                  |
| TAS<br>Diagnostic d'alexithymie avéré                         | 40 (25,16 %)  | 22 (13,84 %)  |                                  |
| Entretien clinique<br>Absence d'expression des affects        | 36 (22,64 %)  | 15 (9,43 %)   | < 0,01 %                         |
| Entretien clinique<br>Difficulté d'expression des affects     | 61 (38,36 %)  | 45 (28,3 %)   |                                  |
| Entretien Clinique<br>Bonne expression des affects            | 62 (38,99 %)  | 99 (62,26 %)  |                                  |

Lors des entretiens cliniques avec les sujets, nous avons évalué la qualité de l'expression de leurs affects. Lors du T1, les patients exprimaient avec plus de facilité leurs affects qu'au T0 ( $p < 0,01$  %) (Tableau 37). En effet, la prévalence de bonne expression des affects a augmenté,

pour passer de 38,99 % à 62,26 %. Dans le même temps, l'absence totale d'expression des affects dans le discours a diminué de 22,64 % à 9,43 %. En étudiant ces données du T1 selon le genre, nous notons une différence significative ( $p = 0,03$  %) (Annexe 13). Effectivement, tout comme au T0, les femmes expriment plus facilement leurs affects lors de l'entretien, que les hommes. En effet, lorsqu'elles sont 6,4 % à ne pas réussir à les exprimer lors du T1, ils sont 20,59 % à être en difficulté (Annexe 13). De ce fait, près de 70 % des femmes présentent une relativement bonne expression des affects contre seulement 35,29 % des hommes. Pour conclure, l'analyse des données de l'entretien clinique du T1 en comparaison avec celles du T0, nous permet de conclure à une amélioration de la qualité d'expression des affects chez notre échantillon lors du parcours de préparation à la chirurgie. Ainsi, ces résultats tendent à vérifier notre hypothèse 2D.

### **1.2.2.2. Analyse des données du test de Rorschach**

Nous allons maintenant analyser les résultats au test de Rorschach. Nous commencerons par présenter succinctement quelques éléments du psychogramme, avant de nous intéresser plus spécifiquement aux indicateurs de mentalisation du T1, que nous comparerons avec ceux observés au T0.

#### **1.2.2.2.1. Caractéristiques de l'échantillon par le test du Rorschach au T1**

Après analyses des 81 protocoles Rorschach comprenant 68 femmes et 13 hommes, nous soulignons, une nouvelle fois, l'intensité de l'inhibition défensive lors de la passation du test. En effet, la productivité générale est faible même si elle présente une augmentation non significative par rapport au T0 et correspond à une moyenne de 16,6 (7,85). Ainsi, 20 sujets donnent plus de 20 réponses lors de leur seconde passation (Annexe 14) ce qui traduit une augmentation par rapport aux proportions évoquées au T1. Concernant les refus, ceux-ci sont en diminution non significative entre le T0 et le T1. Néanmoins, nous constatons une différence selon le genre ( $p = 1,72$  %) puisque les femmes ont moins de refus que les hommes, respectivement 0,76 (1,17) contre 0,84 (1,09). Ainsi, elles sont 41,18 % contre 76,92 % des hommes à exprimer au moins un refus dans la passation du test ( $p = 1,56$  %). Lors de ce second temps, les planches les plus souvent refusées sont également les planches 9 et 6, avec respectivement 24,69 %, et 17,28 % des sujets qui ne donnent aucune réponse à ces planches.

Concernant le recours massif aux réponses formelles, le F% moyen est de 67,21 %, représentant près de 57 % des sujets avec un F% supérieur à la norme. Comparativement au T0, ce F% est significativement inférieur et étaye l'hypothèse d'une diminution de la rigidité défensive. Le F% élargi reste, quant à lui, proche des 92 %. Le F+% a légèrement augmenté pour atteindre les 74,48 %, quand celui élargi est de 77,93 %. Concernant les kinesthésies, leur nombre reste faible, même si nous constatons une légère augmentation non significative entre les deux temps. Effectivement, nous comptons 1,54 (1,25) kinesthésie humaine et 1,48 (1,7) petite kinesthésie par protocole en moyenne. Ainsi, lors du T1, 80,25 % des sujets produisent un nombre de kinesthésies humaines inférieur à la norme, dont 22,22 % aucune. L'utilisation de réponses couleur et estompage reste relativement faible, puisque les indicateurs moyens de C pondérés et de E pondérés sont respectivement de 1,53 (1,41) et de 0,08 (0,22). Nous pouvons également souligner une stabilité entre le T0 et le T1 quant à la fréquence de sujet ayant un RC % inférieur à la norme (62,96 % de notre échantillon). Concernant le contenu des réponses, le A% moyen est de 44,92 % (17,81 %) et reste toujours dans la norme. Le H% moyen, lui, est très légèrement inférieur à la norme avec 14,43 % (8,11 %). Ainsi, près de 58 % des sujets présentent un H% inférieur à cette dernière, ce qui traduit une difficulté d'investissement de l'autre. Néanmoins, nous notons une différence de score significative selon le genre car les hommes possèdent une moyenne de 17,91 % (7,23 %) appartenant aux normes, contrairement aux femmes, avec 13,76 % (8,15 %). En ce qui concerne l'indicateur d'angoisse, l'IA% moyen est de 9,48 % (9,48 %), ce qui est inférieur aux normes établies (De Tychey et al., 2012). Cependant, 35,8 % des sujets ont encore un indicateur d'angoisse excessif. Enfin, le nombre de banalités moyennes reste constant entre les deux temps, avec un nombre moyen de 4,38 (1,81) banalités par protocole. Concernant l'épreuve des choix, les planches préférées sont maintenant la 10 et la 7 puisqu'elles sont choisies respectivement par 61,73 % et 28,4 % des sujets. A contrario, les planches rejetées sont les planches 4 et 6, avec respectivement 59,26 % et 35,8 % des choix.

Pour conclure, nous pouvons souligner une légère évolution du psychogramme entre le début du parcours de préparation et la fin de celui-ci. Cette dernière signe plutôt une tendance de diminution de l'inhibition et de la rigidité défensive. Après cette analyse du psychogramme, nous allons maintenant nous intéresser aux indicateurs plus spécifiques à la mentalisation.

#### 1.2.2.2. Analyse des données du test de Rorschach concernant la mentalisation au T1

Pour rappel, nous analyserons la mentalisation au test du Rorschach à l'aide de trois indicateurs : la symbolisation des affects, le coefficient barrière/pénétration et la capacité d'élaboration des affects.

Tout d'abord, l'étude de la qualité de la symbolisation des affects à l'aide de l'IES identifie une seule différence significative en fonction du genre, pour la moyenne de l'IES sexuel phallique (Tableau 38). Concernant l'IES général, sa moyenne a augmenté entre le début et la fin du parcours de préparation, passant de 0,47 (0,69) à 0,69 (0,69) ( $p = 0,35\%$ ). Cependant, en appliquant le seuil de 0,5, la prévalence des femmes avec une bonne élaboration symbolique générale est de 60,29 % contre 53,85 % pour les hommes ( $p = \text{NS}$ ) (Tableau 38). Comparativement au T0, ces prévalences ont augmenté mais de façon non significative (Tableau 39). Pour l'IES agressivité, sa moyenne est proche du seuil de référence puisqu'elle est de 0,49 (0,7) et significativement supérieure à celle observée lors du T0 ( $p = 0,04\%$ ) (Tableau 39). Ainsi, la prévalence des sujets avec une difficulté de symbolisation de l'agressivité diminue significativement ( $p = 0,53\%$ ) et passe de 71,6 à 53,09 % (Tableau 39). Concernant l'IES féminin/maternel, la moyenne de l'indicateur est de 0,78 (1,04) lors de la passation au T1 et est en augmentation ( $p = 4,72\%$ ). Ainsi, cela traduit une difficulté de symbolisation chez 46,91 % des sujets sans différence significative selon le sexe (Tableau 38). Comparativement au début du parcours de préparation, nous constatons une augmentation des prévalences de près de 7 points, mais qui n'est cependant, pas significative (Tableau 39). Enfin, concernant l'IES phallique, les scores moyens sont de 1,01 (0,98) pour les femmes et de 0,57 (0,78) pour les hommes ( $p = 3,71\%$ ), ce qui montre une bonne qualité de la symbolisation des pulsionnalités sexuelles phalliques (Tableau 38) chez 56,79 % des sujets. Il n'y a pas de différence significative selon le genre, malgré une prévalence plus forte de près de 22 points pour les femmes en comparaison avec les hommes (Tableau 38). En confrontant ces résultats avec ceux obtenus lors du T0, nous ne constatons aucune différence significative, que ce soit au niveau des moyennes, que des prévalences (Tableau 39). Pour conclure sur les indicateurs de symbolisation des affects, tout comme pour le T0, nous synthétisons ces IES en deux catégories : bonne symbolisation des affects et mauvaise ou difficulté de symbolisation des affects. Contrairement au T0, nous ne distinguons pas de différence significative en fonction du genre. Les sujets avec une bonne qualité de symbolisation des affects sont 16,05 % au T1 contre 7,41 % au T0 ( $p = \text{NS}$ ). De ce fait, la prévalence des patients avec une mauvaise qualité

de symbolisation a diminué de 92,59 % à 83,95 % (Tableau 39). Pour conclure, nous constatons une légère amélioration de la qualité de symbolisation des affects entre le début et la fin du parcours de préparation, bien que celle-ci ne soit pas significative.

*Tableau 38 : Synthèse des indicateurs de la symbolisation des affects au T1*

|  | Femme<br>(N = 68) | Homme<br>(N = 13) | Total<br>(N = 81) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/Homme |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|--|
| IES Général<br>Moyenne (écart-type)              | 0,71 (0,67)       | 0,6 (0,79)        | 0,69 (0,69)       | NS   |
| IES Agressivité<br>Moyenne (écart-type)          | 0,51 (0,67)       | 0,36 (0,83)       | 0,49 (0,7)        | NS   |
| IES Féminin/maternel<br>Moyenne (écart-type)     | 0,76 (1,06)       | 0,87 (0,99)       | 0,78 (1,04)       | NS   |
| IES Phallique<br>Moyenne (écart-type)            | 1,01 (0,98)       | 0,57 (0,78)       | 0,94 (0,96)       | 3,71%  |
| IES Général<br>Scores supérieur à 0,5            | 41 (60,29 %)      | 7 (53,85 %)       | 48 (59,26 %)      | NS   |
| IES Agressivité<br>Scores supérieur à 0,5        | 33 (48,53 %)      | 5 (38,46 %)       | 38 (46,91 %)      | NS   |
| IES Féminin/maternel<br>Scores supérieur à 0,5   | 32 (47,06 %)      | 6 (46,15 %)       | 38 (46,91 %)      | NS   |
| IES Phallique<br>Scores supérieur à 0,5          | 41 (60,29 %)      | 5 (38,46 %)       | 46 (56,79 %)      | NS   |
| Score Barrière<br>Moyenne (écart-type)           | 0,96 (1,19)       | 0,77 (1,09)       | 0,93 (1,17)       | NS   |
| Score Pénétration<br>Moyenne (écart-type)        | 2,38 (1,93)       | 2,08 (1,55)       | 2,33 (1,87)       | NS   |
| Score barrière<br>Score supérieur ou égal à 4    | 3 (4,41 %)        | 0 (0 %)           | 3 (3,7 %)         | NS   |
| Score Pénétration<br>Score supérieur ou égal à 2 | 28 (41,18 %)      | 5 (38,46 %)       | 33 (40,74 %)      | NS   |
| Score Barrière < Score                           | 41 (60,29 %)      | 9 (69,23 %)       | 50 (61,73 %)      | NS   |
| Score Barrière = Score                           | 16 (23,53 %)      | 1 (7,69 %)        | 17 (20,99 %)      |  |
| Score Barrière > Score                           | 11 (16,18 %)      | 3 (23,08 %)       | 14 (17,28 %)      |  |
| Bonne symbolisation des affects                  | 11 (16,18 %)      | 2 (15,38 %)       | 13 (16,05 %)      | NS   |
| Mauvaise symbolisation des affects               | 57 (83,82 %)      | 11 (84,62 %)      | 68 (83,95 %)      |  |

Concernant l'indice barrière/pénétration, la moyenne du score barrière est de 0,93 (1,17) élément par protocole et celle du score pénétration est de 2,33 (1,87), sans différence significative en fonction du genre (Tableau 38). Comparativement aux normes, les éléments barrières apparaissent toujours très nettement inférieurs à celles-ci alors que les éléments pénétrations sont légèrement supérieurs (Fisher & Cleveland, 1958). Cependant, nous constatons une légère augmentation du coefficient barrière ainsi qu'une légère diminution du

score pénétration, même si ces différences avec le T0, ne sont pas significatives. Désormais, ils sont trois sujets à obtenir au moins quatre éléments barrières dans le protocole et 42,68 % à n'exprimer aucun signe barrière. De ce fait, les protocoles qui montrent un score pénétration supérieur au score barrière concernent 61,73 % des sujets contre 71,6 % lors du T0, ce qui pour rappel, signe l'échec du système défensif à la suite de l'envahissement pulsionnel (Tableau 39). Pour conclure, cet indicateur reste toujours en faveur d'une difficulté de mentalisation chez les sujets en situation d'obésité en demande de chirurgie bariatrique bien qu'une légère amélioration de celui-ci soit notable, mais non significative.

Pour poursuivre, nous nous appuyerons sur les indicateurs de la capacité d'élaboration des affects. Pour ce faire, nous allons commencer notre analyse par celle du travail de liaison entre affects et représentations. Nous ne constatons pas de différence significative en fonction du genre pour cet indicateur (Tableau 40). Le nombre de sujets n'exprimant aucun affect durant la passation du test de Rorschach reste constant entre le T0 et le T1, c'est-à-dire 17,28 % (Tableau 41). Pour les autres, nous constatons une légère amélioration de la qualité du travail de liaison ( $p = NS$ ), puisqu'ils sont 55,56 % contre 51,85 % lors du T0. Ainsi, lors du T1, 44,44 % des sujets sont en difficultés pour lier affects et représentations.

Concernant l'IA%, sa moyenne lors du T1 est de 9,48 % (9,48 %), ce qui est en diminution comparativement au T0 s'élevant à 11,84 % (12,15 %) ( $P = 4,37$  %) (Tableau 41). Cependant, la diminution de cette moyenne influence peu la prévalence de patients avec un score élevé d'angoisses, puisqu'elle se maintient autour des 36 % (Tableau 41).



Tableau 39 : Comparaison des indicateurs de symbolisation des affects entre T0 et T1

|  | T0           | T1           | Significativité de la différence |
|--|--------------|--------------|----------------------------------|
| IES Général<br>Moyenne (écart-type)              | 0,47 (0,69)  | 0,69 (0,69)  | 0,35%                            |
| IES Agressivité<br>Moyenne (écart-type)          | 0,21 (0,68)  | 0,49 (0,7)   | 0,04%                            |
| IES Féminin/maternel<br>Moyenne (écart-type)     | 0,55 (1,01)  | 0,78 (1,04)  | 4,20%                            |
| IES Phallique<br>Moyenne (écart-type)            | 0,84 (0,86)  | 0,94 (0,96)  | NS                               |
| IES Général<br>Scores supérieur à 0,5            | 41 (50,62 %) | 48 (59,26 %) | NS                               |
| IES Agressivité<br>Scores supérieur à 0,5        | 23 (28,4 %)  | 38 (46,91 %) | 0,53%                            |
| IES Féminin/maternel<br>Scores supérieur à 0,5   | 32 (39,51 %) | 38 (46,91 %) | NS                               |
| IES Phallique<br>Scores supérieur à 0,5          | 42 (51,85 %) | 46 (56,79 %) | NS                               |
| Score Barrière<br>Moyenne (écart-type)           | 0,75 (1,14)  | 0,93 (1,17)  | NS                               |
| Score Pénétration<br>Moyenne (écart-type)        | 2,47 (1,96)  | 2,33 (1,87)  | NS                               |
| Score barrière<br>Score supérieur ou égal à 4    | 1 (1,23 %)   | 3 (3,7 %)    | NS                               |
| Score Pénétration<br>Score supérieur ou égal à 2 | 36 (44,44 %) | 33 (40,74 %) | NS                               |
| Score Barrière < Score Pénétration               | 58 (71,6 %)  | 50 (61,73 %) | NS                               |
| Score Barrière = Score Pénétration               | 15 (18,52 %) | 17 (20,99 %) |                                  |
| Score Barrière > Score Pénétration               | 8 (9,88 %)   | 14 (17,28 %) |                                  |
| Bonne symbolisation des affects                  | 6 (7,41 %)   | 13 (16,05 %) | NS                               |
| Mauvaise symbolisation des affects               | 75 (92,59 %) | 68 (83,95 %) |                                  |

Pour les manifestations de stupeur, nous analysons les refus, les chocs, et les équivalents-chocs. Tout d'abord, concernant les refus, nous observons une diminution non significative de la moyenne et de leur prévalence dans les protocoles entre le T0 et le T1. En effet, la moyenne du nombre de refus évolue de 1,02 (1,3) à 0,84 (1,17) alors que la prévalence

passé de 51,85 % à 46,91 % (Tableau 41). Néanmoins, lors du T1, une différence significative s'observe selon le sexe pour la moyenne et la prévalence. Effectivement, les hommes présentent un nombre de refus plus important que les femmes, respectivement 1,23 (1,09) contre 0,76 (1,17) ( $p = 1,72\%$ ) ainsi que pour la prévalence qui est 76,92 % pour les hommes contre 41,18 % pour les femmes ( $p = 1,56\%$ ) (Tableau 40). Concernant les chocs et les équivalents-chocs, ils représentent respectivement 20,99 % et 92,59 % des sujets (Tableau 40). En comparaison avec le début du parcours de préparation, les patients sont moins nombreux à présenter des chocs dans leur protocole, 35,8 % au T0 contre 20,99 % au T1 ( $p = 1,45\%$ ) (Tableau 41). Pour les équivalents-chocs, une diminution significative de la moyenne est notable, passant de 2,27 (1,15) lors du T0, à 1,68 (0,99) au T1 ( $p = 0,02\%$ ) (Tableau 41). Ainsi, nous pouvons dire que les manifestations d'angoisses mobilisent moins fortement les mécanismes inhibiteurs chez les patients en situation d'obésité lors du T1. De plus, cela souligne une amélioration de la gestion des affects mobilisés par le test. En conclusion, les indicateurs relatifs à la capacité du sujet à élaborer les affects nous permettent d'observer une augmentation non significative des sujets ayant une bonne capacité d'élaboration, passant de 12,35 % à 16,05 % (Tableau 41). Néanmoins, malgré cette légère amélioration, cet indicateur est toujours en faveur d'une difficulté de mentalisation chez les sujets en situation d'obésité lors du T1.

Tableau 40 : Indicateurs de la capacité d'élaboration des affects au T1

|   | Femme<br>(N = 68) | Homme<br>(N = 13) | Total<br>(N = 81) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/Homme |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|--|
| Absence d'affect                                  | 10 (14,71 %)      | 4 (30,77 %)       | 14 (17,28 %)      | NS   |
| Affects projetés de manière crue                  | 2 (2,94 %)        | 0 (0 %)           | 2 (2,47 %)        |  |
| Prédominance des affects sur la<br>représentation | 16 (23,53 %)      | 3 (23,08 %)       | 19 (23,46 %)      |  |
| Mauvaise qualité du travail de<br>liaison         | 1 (1,47 %)        | 0 (0 %)           | 1 (1,23 %)        |  |
| Bonne qualité du travail de liaison               | 39 (57,35 %)      | 6 (46,15 %)       | 45 (55,56 %)      |  |
| IA%<br>Moyenne (écart-type)                       | 9,71 % (9,67 %)   | 8,24 % (8,69 %)   | 9,48 % (9,48 %)   | NS   |
| IA%<br>Scores supérieurs à 13%                    | 26 (38,24 %)      | 3 (23,08 %)       | 29 (35,8 %)       | NS   |
| Refus<br>Moyenne (écart-type)                     | 0,76 (1,17)       | 1,23 (1,09)       | 0,84 (1,17)       | 1,72%  |
| Refus<br>Protocole avec au moins un Refus         | 28 (41,18 %)      | 10 (76,92 %)      | 38 (46,91 %)      | 1,56%  |
| Choc<br>Moyenne (écart-type)                      | 0,32 (0,76)       | 0,69 (1,49)       | 0,38 (0,92)       | NS   |
| Choc<br>Protocole avec au moins un Choc           | 14 (20,59 %)      | 3 (23,08 %)       | 17 (20,99 %)      | NS   |
| EqChoc<br>Moyenne (écart-type)                    | 1,66 (0,96)       | 0,48 (0,26)       | 0,02 (0,06)       | 0,01 %   |
| EqChoc<br>Protocole avec au moins un<br>EqChoc    | 62 (91,18 %)      | 13 (100 %)        | 75 (92,59 %)      | NS   |
| Bonne capacité d'élaboration des<br>affects       | 12 (17,65 %)      | 1 (7,69 %)        | 13 (16,05 %)      | NS   |
| Mauvaise capacité d'élaboration<br>des affects    | 56 (82,35 %)      | 12 (92,31 %)      | 68 (83,95 %)      |  |

T1

Tableau 41 : Comparaison des indicateurs d'élaboration des affects entre le T0 et le

|  | T0           | T1           | Significativité de la différence |
|--|--------------|--------------|----------------------------------|
| Absence d'affect                               | 14 (17,28 %) | 14 (17,28 %) | NS                               |
| Affects projetés de manière crue               | 4 (4,94 %)   | 2 (2,47 %)   |                                  |
| Prédominance des affects sur la représentation | 21 (25,93 %) | 19 (23,46 %) |                                  |
| Mauvaise qualité du travail de liaison         | 0 (0 %)      | 1 (1,23 %)   |                                  |
| Bonne qualité du travail de liaison            | 42 (51,85 %) | 45 (55,56 %) |                                  |
| IA%<br>Moyenne (écart-type)                    | 0,12 (0,12)  | 0,09 (0,09)  | 4,37%                            |
| IA%<br>Scores supérieurs à 13%                 | 30 (37,04 %) | 29 (35,8 %)  | NS                               |
| Refus<br>Moyenne (écart-type)                  | 1,02 (1,3)   | 0,84 (1,17)  | NS                               |
| Refus<br>Protocole avec au moins un Refus      | 42 (51,85 %) | 38 (46,91 %) | NS                               |
| Choc<br>Moyenne (écart-type)                   | 0,54 (0,88)  | 0,38 (0,92)  | NS                               |
| Choc<br>Protocole avec au moins un Choc        | 29 (35,8 %)  | 17 (20,99 %) | 1,45%                            |
| EqChoc<br>Moyenne (écart-type)                 | 2,27 (1,15)  | 1,68 (0,99)  | 0,02%                            |
| EqChoc<br>Protocole avec au moins un EqChoc    | 77 (95,06 %) | 75 (92,59 %) | NS                               |
| Bonne capacité d'élaboration des affects       | 10 (12,35 %) | 13 (16,05 %) | NS                               |
| Mauvaise capacité d'élaboration des affects    | 71 (87,65 %) | 68 (83,95 %) |                                  |

Finalement, à l'issue du parcours de préparation à la chirurgie, 96,3 % des sujets présentent toujours des difficultés de mentalisation au test de Rorschach. Ainsi, chez une grande majorité de ces patients (71,6 %) nous observons une pauvreté de la mentalisation lors du début du parcours de préparation à la chirurgie (Tableau 42). Comparativement au T0, nous observons une légère diminution de cette prévalence, passant de 82,72 % à 71,6 % (p = NS) (Tableau 43). Ainsi, l'analyse des indicateurs du test de Rorschach souligne une légère amélioration de la mentalisation, ce qui réfute notre hypothèse 2D.

*Tableau 42 : Synthèse sur la capacité de mentalisation au T1*

|   | Femme<br>(N = 68) | Homme<br>(N = 13) | Total<br>(N = 81) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/Homme |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|--|
| Bonne capacité de mentalisation                 | 3 (4,41 %)        | 0 (0 %)           | 3 (3,7 %)         | NS   |
| Difficulté d'élaboration mentale<br>des affects | 8 (11,76 %)       | 2 (15,38 %)       | 10 (12,35 %)      |  |
| Difficulté de symbolisation des<br>affects      | 9 (13,24 %)       | 1 (7,69 %)        | 10 (12,35 %)      |  |
| Pauvreté de la mentalisation                    | 48 (70,59 %)      | 10 (76,92 %)      | 58 (71,6 %)       |  |

*Tableau 43 : Comparaison de la capacité de mentalisation entre le T0 et le T1*

|   | T0           | T1           | Significativité<br>de la<br>différence |
|---|--------------|--------------|--|
| Bonne capacité de<br>mentalisation              | 2 (2,47 %)   | 3 (3,7 %)    | NS                                     |
| Difficulté d'élaboration<br>mentale des affects | 4 (4,94 %)   | 10 (12,35 %) |  |
| Difficulté de symbolisation<br>des affects      | 8 (9,88 %)   | 10 (12,35 %) |  |
| Pauvreté de la mentalisation                    | 67 (82,72 %) | 58 (71,6 %)  |  |

En conclusion, les données issues de la TAS, de l'entretien clinique, et du test de Rorschach divergent. Effectivement, nos deux premières conclusions vont dans le sens d'une amélioration de la mentalisation entre le début et la fin du parcours de préparation. Au contraire, le Rorschach indique la présence de difficultés intrapsychiques persistantes chez les sujets. Cependant, malgré ce constat, nous pouvons observer l'amélioration significative de quelques indicateurs, soulignant selon nous, le début d'une possible réanimation fantasmatique (De Tychev, 2010). Ainsi, à la lumière de ces trois méthodologies, nous ne pouvons pas affirmer

l'hypothèse 2D stipulant une amélioration de la mentalisation lors du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique. En effet, nous interprétons ces résultats comme l'existence d'une réactivation du processus à « panser », qui selon nous, serait l'une des premières étapes avant l'accès à un processus de mentalisation bien établi.

### **1.2.3. Hypothèse 2E**

**H2 e : Au vu de l'amélioration attendue en termes de psychopathologies et de mentalisation, nous postulons également une amélioration du processus résilient chez les sujets en situation d'obésité sévère ou massive entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.**

Nous testerons cette hypothèse en plusieurs étapes. Dans un premier temps, nous analyserons les scores obtenus à la RSA puis, nous les comparerons à ceux obtenus lors du début du parcours de préparation. Ensuite, nous étudierons l'évaluation de la résilience après l'entretien clinique, que nous comparerons au T0. Enfin, nous analyserons les indicateurs de résilience présents dans le test de Rorschach, avant de les comparer à ceux précédemment recueillis.

Lors du T1, l'analyse des sous-échelles de la RSA ne fait émerger aucune différence significative entre les femmes et les hommes (Tableau 44). Nous observons une augmentation significative de la majorité des scores entre le T0 et le T1 ( $p < 0,01$  %) (Tableau 45), exceptée pour la sous-échelle « style structuré » qui reste relativement stable durant cet intervalle. Naturellement, le score total de la RSA a lui aussi évolué positivement durant le parcours de préparation pour atteindre un score de 190,18 (23,06) contre 172,52 (27,78) lors du T0 ( $p < 0,01$  %) (Tableau 45). De plus, ce score est maintenant significativement supérieur au score de la population générale ( $p < 0,01$  %) (Hjemdal et al., 2010), indiquant un haut degré de résilience chez notre échantillon. En effet, en appliquant le seuil de score de 170, nous aboutissons à une prévalence de 79,25 % de patients déclarant être résilients contre 58,49 % des sujets lors du T0. Ainsi, ces résultats tendent à valider l'hypothèse 2E postulant une amélioration du processus résilient durant le parcours de préparation à la chirurgie.

Tableau 44 : Scores et prévalences de résilience au T1

|   | Femme<br>( N = 125) | Homme<br>( N = 34) | Total<br>( N = 159) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/Homme |
|---|---------------------|--------------------|---------------------|--|
| RSA : perception de soi-même<br>Moyenne (écart-type)                      | 34,11 (5,27)        | 34,82 (6,04)       | 34,26 (5,43)        | NS   |
| RSA : perception de l'avenir<br>Moyenne (écart-type)                      | 24,07 (3,59)        | 23,82 (4,13)       | 24,02 (3,7)         | NS   |
| RSA : compétence sociale<br>Moyenne (écart-type)                          | 34,94 (5,69)        | 34,12 (6,42)       | 34,77 (5,84)        | NS   |
| RSA : style structuré<br>Moyenne (écart-type)                             | 19,46 (4,51)        | 19,74 (4,58)       | 19,52 (4,51)        | NS   |
| RSA : relations familiales<br>Moyenne (écart-type)                        | 33,74 (7,13)        | 35,06 (5,97)       | 34,03 (6,9)         | NS   |
| RSA : ressources sociales<br>Moyenne (écart-type)                         | 43,6 (5,44)         | 43,53 (5,19)       | 43,58 (5,37)        | NS   |
| RSA : disposition individuelle<br>Moyenne (écart-type)                    | 112,58 (14,06)      | 112,5 (17,18)      | 112,57 (14,72)      | NS   |
| RSA : cohérence familiale<br>Moyenne (écart-type)                         | 33,74 (7,13)        | 35,06 (5,97)       | 34,03 (6,9)         | NS   |
| RSA : support social<br>Moyenne (écart-type)                              | 43,6 (5,44)         | 43,53 (5,19)       | 43,58 (5,37)        | NS   |
| RSA : score total<br>Moyenne (écart-type)                                 | 189,93 (22,67)      | 191,09 (24,79)     | 190,18 (23,06)      | NS   |
| RSA<br>Score supérieur à 170  | 101 (80,8 %)        | 25 (73,53 %)       | 126 (79,25 %)       | NS   |
| Entretien clinique<br>Patients non résilients                             | 48 (38,4 %)         | 21 (61,76 %)       | 69 (43,4 %)         | 2,54%  |
| Entretien clinique<br>Patients non résilients à<br>dynamique progrédiente | 48 (38,4 %)         | 7 (20,59 %)        | 55 (34,59 %)        |  |
| Entretien clinique<br>Patients résilients                                 | 29 (23,2 %)         | 6 (17,65 %)        | 35 (22,01 %)        |  |

En nous appuyant sur les données issues de l'entretien clinique, l'évolution de la résilience paraît être beaucoup moins importante que celle soulignée dans les questionnaires. En effet, nous identifions un processus résilient chez 22,01 % des patients lors de la fin du parcours de préparation (Tableau 44). Les autres, présentent toujours des difficultés même si nous constatons une amélioration générale durant le parcours. En effet, ils sont 40,88 % des sujets à présenter des affects anxieux ou dépressifs, sans différence significative en fonction du genre (Annexe 16). Concernant la stabilité psychique, il apparaît que les hommes montrent une rigidité des mécanismes de défense bien plus forte que celle des femmes (52,94 % contre

27,2 %,  $p = 0,36$  %), une plus grande difficulté à exprimer leurs affects (respectivement 64,71 % contre 30,4 %,  $p = 0,03$  %) et ont ainsi, une difficulté à investir un possible tuteur de résilience (73,53 % des hommes contre 49,6 % des femmes,  $p = 0,01$  %) (Annexe 16). Concernant la dimension adaptation individuelle, ils sont encore 40,88 % des sujets à avoir des troubles des conduites alimentaires, et 23,9 % à présenter au moins une addiction (Annexe 16). Pour la dimension de l'adaptation sociale, nous notons une amélioration des relations familiales et amicales, puisqu'ils ne sont plus que 23,9 % des sujets à présenter des difficultés relationnelles impactant leurs bien-être moraux.

Tableau 45 : Comparaison de la résilience entre T0 et T1

|   | T0             | T1             | Significativité de la différence |
|---|----------------|----------------|----------------------------------|
| RSA : perception de soi-même<br>Moyenne (écart-type)                      | 29,5 (6,8)     | 34,26 (5,43)   | < 0,01 %                         |
| RSA : perception de l'avenir<br>Moyenne (écart-type)                      | 19,94 (5,45)   | 24,02 (3,7)    | < 0,01 %                         |
| RSA : compétence sociale<br>Moyenne (écart-type)                          | 31,42 (6,66)   | 34,77 (5,84)   | < 0,01 %                         |
| RSA : style structuré<br>Moyenne (écart-type)                             | 19,23 (4,73)   | 19,52 (4,51)   | NS                               |
| RSA : relations familiales<br>Moyenne (écart-type)                        | 31,87 (7,21)   | 34,03 (6,9)    | < 0,01 %                         |
| RSA : ressources sociales<br>Moyenne (écart-type)                         | 40,57 (7,23)   | 43,58 (5,37)   | < 0,01 %                         |
| RSA : disposition individuelle<br>Moyenne (écart-type)                    | 100,09 (18,39) | 112,57 (14,72) | < 0,01 %                         |
| RSA : cohérence familiale<br>Moyenne (écart-type)                         | 31,87 (7,21)   | 34,03 (6,9)    | < 0,01 %                         |
| RSA : support social<br>Moyenne (écart-type)                              | 40,57 (7,23)   | 43,58 (5,37)   | < 0,01 %                         |
| RSA : score total<br>Moyenne (écart-type)                                 | 172,52 (27,78) | 190,18 (23,06) | < 0,01 %                         |
| RSA<br>Score supérieur à 170  | 93 (58,49 %)   | 126 (79,25 %)  | < 0,01 %                         |
| Entretien clinique<br>Patients non résilients                             | 127 (79,87 %)  | 69 (43,4 %)    | < 0,01 %                         |
| Entretien clinique<br>Patients non résilients à<br>dynamique progrédiente | 32 (20,13 %)   | 55 (34,59 %)   |                                  |
| Entretien clinique<br>Patients résilients                                 | 0 (0 %)        | 35 (22,01 %)   |                                  |



Ainsi, lorsque l'on compare ces données, au premier temps de la recherche, nous constatons une évolution positive et significative vers un processus résilient ( $p < 0,01$  %). Effectivement, ils sont 22,01 % des sujets à présenter des indicateurs de résilience, contre zéro lors du T0. Nous observons également une augmentation de la prévalence des patients ne présentant pas de résilience, mais comportant néanmoins une dynamique progrédiente car celle-ci passe de 20,13 % à 34,59 % (Tableau 45). Ainsi, ces résultats sont en faveur d'une amélioration des indicateurs de résilience observés durant l'entretien clinique. En effet, nous constatons une amélioration qualitative des indicateurs chez 71,07 % des patients. Pour les autres, nous constatons soit aucune évolution (24,53 %), soit une régression (4,4 %). Pour conclure, cette analyse tend à valider notre hypothèse d'une amélioration du processus résilient durant le parcours de préparation.

Maintenant, nous allons nous appuyer sur les données issues du test de Rorschach afin de vérifier cette même hypothèse. Ainsi, nous analyserons, dans un premier temps, les indicateurs de l'espace imaginaire puis, nous les confronterons à l'évaluation de la mentalisation, pour aboutir à une caractérisation de la résilience d'après le test de Rorschach. Rappelons que le premier indicateur d'une bonne qualité de l'espace imaginaire est la présence de kinesthésies humaine ou animale. Pour les premières, leur nombre doit être supérieur à trois dans l'ensemble du protocole, alors que le nombre des petites doit être supérieur à quatre. Dans notre échantillon, 19,75 % des patients remplissent le critère des grandes kinesthésies et 11,11 % celui des petites (Tableau 47), contre respectivement 17,28 % et 7,41 % au T0. Ainsi, nous constatons une légère augmentation du nombre de sujets répondant aux normes, bien que celle-ci ne soit pas significative (Tableau 48). Le nombre de réponses est également un critère déterminant pour saisir la qualité de l'espace imaginaire et doit être supérieur à 20. Lors du T1, cet indicateur reste inférieur à la norme avec une moyenne de 16,6 réponses par protocole. Cette moyenne n'a que très peu augmenté durant le parcours, puisqu'elle était à 16,12 au T0 ( $p = \text{NS}$ ). Alors que 19,75 % des sujets donnaient un nombre de réponses dans les normes du test au T0, lors du T1, ils sont désormais 24,69 % ( $p = \text{NS}$ ) (Tableau 48). Quant à eux, le F% et le F+% doivent être respectivement inférieur à 60 % et 65 % pour être en faveur d'une bonne qualité de l'espace imaginaire. Ainsi, le F% est passé d'une moyenne de 72,73 % au T0, à une moyenne de 67,21 % ( $p = 1,60$  %) (Tableau 47), faisant ainsi évoluer la prévalence des sujets respectant les normes de 18,52 % à 33,33 % ( $p = 2,88$  %) (Tableau 48). Pour le F+% nous constatons une différence significative entre les hommes et les femmes, puisqu'ils présentent une moyenne inférieure aux normes, respectivement 67,4 % et 75,84 % ( $p = 3,72$  %) (Tableau 47). Ainsi, les

hommes présentant un score inférieur à la norme sont 46,15 % contre 17,65 % des femmes ( $p = 1,7\%$ ). Cette augmentation du F+% est significative entre le début et la fin du parcours de préparation ( $p = 4,94\%$ ) (Tableau 48) et devient « le témoin d'un accrochage rigide à la réalité externe au détriment du monde interne », notamment chez les femmes (De Tychey et al., 2000). Concernant le A%, celui-ci doit être inférieur à 50 % pour appuyer l'existence d'une richesse de l'espace imaginaire. La moyenne du A% reste stable entre les deux temps avoisinant les 45 % et la prévalence de patients répondant au critère augmente légèrement, passant de 54,32 % à 59,26 % ( $p = \text{NS}$ ) (Tableau 48). Pour rappel, le TRI et la FS ne doivent être, ni coartés, ni coartatifs. Lors du T1, la prévalence du premier est plutôt stable, autour des 84 %, quand le deuxième augmente légèrement pour passer de 64,2 % à 74,07 % ( $p = \text{NS}$ ) (Tableau 48). Enfin, le dernier critère à satisfaire est le nombre de banalités qui doit être compris entre trois et cinq pour l'ensemble du protocole. Ainsi, ils sont 35,8 % à correspondre à la norme au T1, contre 29,63 % au T0 ( $p = \text{NS}$ ). L'association de l'ensemble de ces indicateurs conduit à caractériser la qualité de l'espace imaginaire qui est bonne chez 12,35 % des sujets (Tableau 47). De ce fait, cette prévalence a légèrement augmenté durant le parcours de préparation, puisqu'elle était de 8,64 % au T0 (Tableau 48). Ainsi, ils sont désormais 87,65 % des sujets à présenter une mauvaise qualité de la mentalisation (76,54 %) ou une difficulté d'accès à celle-ci (11,11 %), contre 91,36 % lors du T0 ( $p = \text{NS}$ ) (Tableau 48).

En additionnant cette analyse de l'espace imaginaire avec celle portant sur la mentalisation (Tableau 47), nous pouvons caractériser le processus résilient des patients. De ce fait, d'après l'ensemble de ces indicateurs, la majorité de notre échantillon (90,12 %) montre un fonctionnement intrapsychique caractérisé par l'absence de processus résilient et 7,41 % des sujets ont une difficulté d'accès au processus résilient. Enfin, nous notons que 2 sujets montrent un fonctionnement résilient selon le test de Rorschach, soit 2,47 % de notre échantillon (Tableau 47). Comparativement aux résultats du T0, nous n'observons pas de différence significative, même si nous constatons une amélioration chez certains sujets (Tableau 48). Ainsi, ces résultats sont en défaveur d'une amélioration de la résilience lors du parcours de préparation à la chirurgie.

Les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à réaliser un suivi psychologique durant le parcours de préparation, respectivement 80,8 % contre 50 % ( $p = 0,03\%$ ). Néanmoins, pour ceux qui ont débuté un suivi, le nombre moyen de séances effectuées lors de notre rencontre est similaire (16,57 séances). L'évaluation de la qualité du suivi mis en place nous conduit à identifier des différences significatives entre les hommes et les femmes au

niveau de l'appropriation de la demande de soin psychique, des adhésions au thérapeute et à la thérapie proposée, et du sentiment d'évolution positive (respectivement  $p = 0,02 \%$ ,  $0,18 \%$ ,  $0,18 \%$ ). Ainsi,  $66,4 \%$  des femmes se sont appropriées la demande de soin psychique, contre seulement  $35,29 \%$  des hommes. De plus, elles sont  $72 \%$  à adhérer au thérapeute et à la thérapie proposée, contre  $41,18 \%$  des hommes. Enfin, les femmes ont plus l'impression d'avoir évolué durant le parcours de préparation que les hommes, respectivement  $47,8 \%$  contre  $7,55 \%$ .

Tableau 46 : Caractéristiques des suivis psychologiques

|  |          | Femme<br>(N = 125) | Homme<br>(N = 34) | Total<br>(N = 159) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/Homme |
|--|----------|--------------------|-------------------|--------------------|--|
| Suivis psychologiques mis en place                     |          | 101 (80,8 %)       | 17 (50 %)         | 118 (74,21 %)      | 0,03%  |
| Nombre de séances effectuées<br>Moyenne et médiane     |          | 16,71 et 7         | 15,76 et 7        | 16,57 et 7         | NS   |
| Appropriation de la<br>demande de soins<br>psychiques  | Bonne    | 83 (66,4 %)        | 12 (35,29 %)      | 95 (59,75 %)       | 0,02%  |
|  | Mitigée  | 19 (15,2 %)        | 3 (8,82 %)        | 22 (13,84 %)       |  |
|  | Mauvaise | 4 (3,2 %)          | 4 (11,76 %)       | 8 (5,03 %)         |  |
| Adhésion au<br>thérapeute et à la<br>thérapie proposée | Bonne    | 90 (72 %)          | 14 (41,18 %)      | 104 (65,41 %)      | 0,18%  |
|  | Mitigée  | 12 (9,6 %)         | 4 (11,76 %)       | 16 (10,06 %)       |  |
|  | Mauvaise | 3 (2,4 %)          | 1 (2,94 %)        | 4 (2,52 %)         |  |
| Sentiment<br>d'évolution grâce à<br>la psychothérapie  | Bonne    | 76 (47,8 %)        | 12 (7,55 %)       | 88 (55,35 %)       | 0,18%  |
|  | Mitigée  | 22 (13,84 %)       | 4 (2,52 %)        | 26 (16,35 %)       |  |
|  | Mauvaise | 8 (5,03 %)         | 3 (1,89 %)        | 11 (6,92 %)        |  |

Pour conclure, l'analyse des données du test de Rorschach ne nous permet pas d'affirmer notre hypothèse 2E, contrairement aux données des questionnaires et de l'entretien clinique qui sont en faveur de celle-ci. En revanche, ces résultats soutiennent la thèse d'un renforcement de la pseudo-résilience chez les patients durant le parcours de préparation à la chirurgie. Pour rappel, la pseudo-résilience correspond à une organisation rigide de la personnalité guidée par des mécanismes de défense et donnant l'illusion d'une immunité au stress et aux événements. Ainsi, le premier indicateur soulignant cette immunité est le questionnaire RSA. En effet, l'évaluation du degré de résilience déclaré par le sujet aboutit à une prévalence proche des  $80 \%$ . Or, nous savons que cette méthodologie déclarative est fortement influencée par des biais, tels que la désirabilité ou encore, les mécanismes de défense. Cette méthodologie présente donc une sensibilité plus importante aux dynamiques pseudo-résilientes. Concernant l'entretien clinique, il identifie une prévalence de processus résilient chez  $22,01 \%$  des sujets. Cette méthodologie qualitative, même si elle permet de réduire

l'impact des dynamiques défensive ou banalisante grâce à l'analyse du psychologue, reste néanmoins soumise à ceux-ci. Ainsi, l'analyse clinique identifie une part moins importante de sujets résilients que les questionnaires, notamment grâce à l'étude des facteurs intrapsychiques de résilience. Quant à lui, le test de Rorschach évalue les ressources et les fragilités psychiques du sujet donc exclusivement les facteurs intrapsychiques de résilience. Ainsi, il reste relativement peu sensible aux dynamiques pseudo-résilientes puisque cette épreuve projective mobilise directement les capacités intrapsychiques du sujet sans prendre en compte les facteurs externes de résilience ou de "façade". De ce fait, cette méthodologie conduit à l'évaluation d'un processus résilient chez seulement 2,47 % des patients.

Tableau 47 : Indicateurs de l'espace imaginaire et de la résilience dans le Rorschach au T1

|  | Femme<br>( N = 68) | Homme<br>( N = 13) | Total<br>( N = 81) | Significativité de<br>la différence<br>Femme/Homme |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|--|
| Nombre de K<br>Moyenne (écart type)                | 1,57 (1,26)        | 1,38 (1,19)        | 1,54 (1,25)        | NS   |
| Nombre de K supérieur à 3                          | 14 (20,59 %)       | 2 (15,38 %)        | 16 (19,75 %)       | NS   |
| Nombre de petit k<br>Moyenne (écart type)          | 1,62 (1,94)        | 1,15 (1,07)        | 1,54 (1,83)        | NS   |
| Nombre de petit k supérieur à<br>4                 | 9 (13,24 %)        | 0 (0 %)            | 9 (11,11 %)        | NS   |
| Nombre de réponse<br>Moyenne (écart type)          | 16,76 (7,24)       | 15,77 (10,81)      | 16,6 (7,85)        | NS   |
| Nombre de réponse supérieur<br>à 20                | 17 (25 %)          | 3 (23,08 %)        | 20 (24,69 %)       | NS   |
| F%<br>Moyenne (écart type)                         | 66,4 % (18,26 %)   | 71,45 % (18,43 %)  | 67,21 % (18,26 %)  | NS   |
| F% inférieur à 60 %                                | 23 (33,82 %)       | 4 (30,77 %)        | 27 (33,33 %)       | NS   |
| F+ %<br>Moyenne (écart type)                       | 75,84 % (15,72 %)  | 67,4 % (17,65 %)   | 74,48 % (16,23 %)  | 3,72%  |
| F+ % inférieur à 65 %                              | 12 (17,65 %)       | 6 (46,15 %)        | 18 (22,22 %)       | 1,70%  |
| A%<br>Moyenne (écart type)                         | 45,01 % (18,15 %)  | 44,5 % (16,57 %)   | 44,92 % (17,81 %)  | NS   |
| A% inférieur à 50 %                                | 40 (58,82 %)       | 8 (61,54 %)        | 48 (59,26 %)       | NS   |
| TRI ni coarté, ni coartatif                        | 59 (86,76 %)       | 9 (69,23 %)        | 68 (83,95 %)       | NS   |
| FS ni coarté, ni coartatif                         | 50 (73,53 %)       | 10 (76,92 %)       | 60 (74,07 %)       | NS   |
| Ban comprise entre 3 et 5                          | 43 (63,24 %)       | 9 (69,23 %)        | 52 (64,2 %)        | NS   |
| Pauvreté de l'espace<br>imaginaire                 | 51 (75 %)          | 11 (84,62 %)       | 62 (76,54 %)       | NS   |
| Difficulté d'accès à un espace<br>imaginaire riche | 9 (13,24 %)        | 0 (0 %)            | 9 (11,11 %)        |  |
| Espace imaginaire riche                            | 6 (8,82 %)         | 2 (15,38 %)        | 8 (9,88 %)         |  |
| Espace imaginaire luxuriant                        | 2 (2,94 %)         | 0 (0 %)            | 2 (2,47 %)         |  |
| Bonne capacité de<br>mentalisation                 | 3 (4,41 %)         | 0 (0 %)            | 3 (3,7 %)          | NS   |
| Difficulté d'élaboration<br>mentale des affects    | 8 (11,76 %)        | 2 (15,38 %)        | 10 (12,35 %)       |  |
| Difficulté de symbolisation<br>des affects         | 9 (13,24 %)        | 1 (7,69 %)         | 10 (12,35 %)       |  |
| Pauvreté de la mentalisation                       | 48 (70,59 %)       | 10 (76,92 %)       | 58 (71,6 %)        |  |
| Absence de résilience                              | 61 (89,71 %)       | 12 (92,31 %)       | 73 (90,12 %)       | NS   |
| Difficulté d'accès à la<br>résilience              | 5 (7,35 %)         | 1 (7,69 %)         | 6 (7,41 %)         |  |
| Résilience   | 2 (2,94 %)         | 0 (0 %)            | 2 (2,47 %)         |  |

Tableau 48 : Comparaison des indicateurs d'espace imaginaire et de résilience dans le Rorschach entre le T0 et le T1

|   | T0                | T1                | Significativité de la différence |
|---|-------------------|-------------------|----------------------------------|
| Nombre de K<br>Moyenne (écart type)             | 1,32 (1,22)       | 1,54 (1,25)       | NS                               |
| Nombre de K supérieur à 3                       | 14 (17,28 %)      | 16 (19,75 %)      | NS                               |
| Nombre de petit k<br>Moyenne (écart type)       | 1,12 (1,4)        | 1,54 (1,83)       | NS                               |
| Nombre de petit k supérieur à 4                 | 6 (7,41 %)        | 9 (11,11 %)       | NS                               |
| Nombre de réponse<br>Moyenne (écart type)       | 16,12 (6,88)      | 16,6 (7,85)       | NS                               |
| Nombre de réponse supérieur à 20                | 16 (19,75 %)      | 20 (24,69 %)      | NS                               |
| F%<br>Moyenne (écart type)                      | 72,73 % (15,64 %) | 67,21 % (18,26 %) | 1,60%                            |
| F% inférieur à 60 %                             | 15 (18,52 %)      | 27 (33,33 %)      | 2,88%                            |
| F+%<br>Moyenne (écart type)                     | 70,46 % (18,01 %) | 74,48 % (16,23 %) | 4,22%                            |
| F+% inférieur à 65 %                            | 28 (34,57 %)      | 18 (22,22 %)      | 4,94%                            |
| A%<br>Moyenne (écart type)                      | 45,93 % (15,79 %) | 44,92 % (17,81 %) | NS                               |
| A% inférieur à 50 %                             | 44 (54,32 %)      | 48 (59,26 %)      | NS                               |
| TRI ni coarté, ni coartatif                     | 69 (85,19 %)      | 68 (83,95 %)      | NS                               |
| FS ni coarté, ni coartatif                      | 52 (64,2 %)       | 60 (74,07 %)      | NS                               |
| Ban comprise entre 3 et 5                       | 24 (29,63 %)      | 29 (35,8 %)       | NS                               |
| Pauvreté de l'espace imaginaire                 | 66 (81,48 %)      | 62 (76,54 %)      | NS                               |
| Difficulté d'accès à un espace imaginaire riche | 8 (9,88 %)        | 9 (11,11 %)       |                                  |
| Espace imaginaire riche                         | 5 (6,17 %)        | 8 (9,88 %)        |                                  |
| Espace imaginaire luxuriant                     | 2 (2,47 %)        | 2 (2,47 %)        |                                  |
| Bonne capacité de mentalisation                 | 2 (2,47 %)        | 3 (3,7 %)         | NS                               |
| Difficulté d'élaboration mentale des affects    | 3 (3,7 %)         | 10 (12,35 %)      |                                  |
| Difficulté de symbolisation des affects         | 10 (12,35 %)      | 10 (12,35 %)      |                                  |
| Pauvreté de la mentalisation                    | 66 (81,48 %)      | 58 (71,6 %)       | NS                               |
| Absence de résilience                           | 76 (93,83 %)      | 73 (90,12 %)      |                                  |
| Difficulté d'accès à la résilience              | 5 (6,17 %)        | 6 (7,41 %)        |                                  |
| Résilience                                      | 0 (0 %)           | 2 (2,47 %)        |                                  |

## 1.2.4. Synthèse des analyses de l'hypothèse 2

Après avoir vérifié ce second groupe d'hypothèses, nous allons synthétiser dans le tableau ci-dessous si elles ont été validées ou infirmées (Tableau 49).

Tableau 49 : Synthèse de la validation des hypothèses 2

| Hypothèses  | Vérifiées<br>Oui/Non |
|---|----------------------|
| H2 a : À la suite du parcours de préparation, nous attendons d'observer une amélioration de la qualité de vie, notamment à la sous-échelle de qualité de vie psychologique.   | Oui                  |
| H2 b : Nous supposons une diminution des TCA en termes de fréquence et d'intensité entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.  | Oui                  |
| H2 c : À la fin du parcours de préparation à la chirurgie, nous attendons une diminution des psychopathologies, notamment de l'anxiété, de la dépression et des addictions.   | Oui                  |
| H2 d : Nous envisageons une amélioration de la qualité de mentalisation chez les patients entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.   | Non                  |
| H2 e : Au vu de l'amélioration attendue en termes de psychopathologies et de mentalisation, nous postulons également une amélioration du processus résilient chez les sujets en situation d'obésité sévère ou massive entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique. | Non                  |

Ainsi, ce second groupe d'hypothèses montre les améliorations observées chez les patients après la réalisation du parcours de préparation à la chirurgie. Nous allons reprendre ces résultats en fonction de la concordance et discordance identifiées chez les sujets au début du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique. De ce fait, nous comparerons les résultats de ces trois groupes entre eux, au niveau des questionnaires, de l'entretien clinique et du test de Rorschach (Annexe 17, Annexe 18, Annexe 19). Cependant, pour faciliter l'analyse nous nous centrerons, une nouvelle fois, sur la comparaison entre le groupe des "discordants" (N = 59) et celui des "concordants" (N = 33) (Tableau 50, Tableau 51 et Tableau 52).

Tableau 50 : Comparaison des scores aux questionnaires entre les sujets "discordants" et "concordants" (T1)

|                          | Concordants<br>(N = 33) | Discordants<br>(N = 59) | Significativité<br>de la<br>différence |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------|--|
| RSA                      | 183 (17,51)             | 197,8 (19,93)           | 0,03%                                  |
| BES                      | 8,39 (5,18)             | 4,27 (4,6)              | 0,01%                                  |
| TAS                      | 45,94 (11,88)           | 40,56 (12,59)           | 1,85%                                  |
| HAD<br>Anxiété           | 6,67 (3,42)             | 5,58 (3,13)             | NS                                     |
| HAD<br>Dépression        | 4,58 (2,4)              | 2,81 (2,77)             | 0,05%                                  |
| SF-36<br>Résumé physique | 33,89 (10,47)           | 39,19 (10,01)           | 0,78%                                  |
| SF-36<br>Résumé mental   | 51,99 (8,42)            | 56,33 (7,9)             | 0,29%                                  |

Tout d'abord, nous constatons des différences significatives à tous les questionnaires entre les sujets "discordants" et "concordants", exceptées à la sous-échelle de l'anxiété de l'HAD (Tableau 50). Les scores obtenus à la RSA sont désormais de 183 (17,51) pour les "concordants" et de 197,8 (19,93) pour les "discordants" ( $p = 0,03\%$ ). Ainsi, comparativement au T0, nous constatons une augmentation du niveau de résilience d'environ 39 points pour le groupe des "concordants" et de 5 points pour celui des "discordants". Concernant la BES, les scores entre ces deux groupes sont statistiquement différents avec une moyenne de 8,39 (5,18) pour les sujets "concordants" et de 4,27 (4,6) pour les "discordants" ( $p = 0,01\%$ ). De plus, nous constatons une diminution d'environ 16 points à la BES, indiquant une réduction de la compulsivité des conduites alimentaires chez les sujets "concordants". Malgré une diminution d'environ 15 points à la TAS pour les sujets "concordants", les scores entre les deux groupes restent significativement différents ( $p = 1,85\%$ ). Pour l'HAD, le score moyen de dépression diffère entre les deux groupes ( $p = 0,05\%$ ). Nous constatons une forte diminution du score chez les sujets "concordants", puisqu'il passe de 10,44 (3,61) à 4,58 (2,4) entre les deux temps, c'est-à-dire d'une pathologie dépressive avérée, à une absence de pathologie. Concernant la SF-36, les deux groupes ont des scores significativement distincts aux sous-échelles qualités de vies physique ( $p = 0,78\%$ ) et mentale ( $p = 0,29\%$ ) (Tableau 50). De plus, les sujets "concordants" présentent désormais une qualité de vie physique diminuée, passant de 36,56 à 33,89, alors que celle des patients "discordants" s'est plutôt améliorée durant le parcours de préparation en passant de 37,17 à 39,19. Concernant la qualité de vie mentale, celle-ci s'est améliorée pour les



deux groupes, bien que celle des sujets "concordants" ait augmentée d'environ 14 points. Pour conclure, ces résultats montrent que les deux groupes constitués lors du début du parcours sont toujours différenciés lors du T1. De plus, nous pouvons noter que les sujets "concordants" déclarent une importante amélioration lors de ce parcours de préparation à la chirurgie.

*Tableau 51 : Comparaison des indicateurs de résilience de l'entretien clinique entre les sujets "concordants" et "discordants" (T1)*

|  |   | Concordants<br>(N = 33) | Discordants<br>(N = 59) | Significativité<br>de la<br>différence |
|--|---|-------------------------|-------------------------|--|
| Dépression et<br>anxiété                   | 0 | 9,09%                   | 6,78%                   | NS                                     |
|  | 1 | 42,42%                  | 25,42%                  |  |
|  | 2 | 48,48%                  | 67,80%                  |  |
| Rigidité des<br>mécanismes de<br>défense   | 0 | 3,03%                   | 1,69%                   | NS                                     |
|  | 1 | 18,18%                  | 35,59%                  |  |
|  | 2 | 78,79%                  | 62,71%                  |  |
| Capacité<br>d'expression<br>des affects    | 0 | 3,03%                   | 10,17%                  | NS                                     |
|  | 1 | 21,21%                  | 35,59%                  |  |
|  | 2 | 75,76%                  | 54,24%                  |  |
| Tuteur de<br>résilience                    | 0 | 0,00%                   | 13,56%                  | 0,03%                                  |
|  | 1 | 33,33%                  | 57,63%                  |  |
|  | 2 | 66,67%                  | 28,81%                  |  |
| Troubles du<br>comportement<br>alimentaire | 0 | 18,18%                  | 6,78%                   | 0,77%                                  |
|  | 1 | 42,42%                  | 23,73%                  |  |
|  | 2 | 39,39%                  | 69,49%                  |  |
| Addictions                                 | 0 | 3,39%                   | 12,12%                  | NS                                     |
|  | 1 | 16,95%                  | 24,24%                  |  |
|  | 2 | 79,66%                  | 63,64%                  |  |
| Comportements<br>auto-agressifs            | 2 | 100,00%                 | 100,00%                 |  |
| Comportements<br>antisociaux               | 2 | 100,00%                 | 100,00%                 |  |
| Relations<br>familiale et<br>amicale       | 0 | 0,00%                   | 0,00%                   | 0,01%                                  |
|  | 1 | 42,42%                  | 8,47%                   |  |
|  | 2 | 57,58%                  | 91,53%                  |  |
| Exclusion<br>sociale                       | 2 | 100,00%                 | 100,00%                 |  |

D'après l'analyse des données de l'entretien clinique, nous identifions toujours une différence de prévalence pour la rigidité des mécanismes de défense et pour la capacité d'expression des affects (Tableau 51). Cependant, par manque de force statistique, cette

différence n'est pas significative, comme pour la majorité des indicateurs de l'entretien clinique. Néanmoins, la catégorie tuteur de résilience montre une nette différence entre les patients "concordants" et "discordants" puisque ces derniers ont plus de difficultés à en investir un ( $p = 0,03$  %). D'ailleurs, 13,56 % d'entre eux sont totalement dépourvus de cette capacité alors que dans le même temps, aucun sujet du groupe "concordant" ne présente cette difficulté (Tableau 51). D'un point de vue général, l'évaluation de la résilience lors du T1 montre une amélioration des dimensions étudiées, comparativement au T0. Pour conclure, les résultats de l'entretien clinique montrent que la concordance ou la discordance lors du début du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique influence l'évolution des facteurs de résilience et notamment la capacité d'investissement d'un possible tuteur de résilience.

L'analyse comparative des données du test de Rorschach entre les sujets "concordants" ( $N = 26$ ) et "discordants" ( $N = 19$ ) ne montre pas de différence significative par manque de force statistique (Tableau 52). Néanmoins, nous notons que les patients "concordants" présentent une meilleure gestion de l'angoisse puisque 68,4 % de ces derniers ont un IA% inférieur à 13 %, contre 53,8 % des "discordants". De plus, il apparaît également que ces derniers présentent plus de difficultés à symboliser les pulsionnalités agressives puisque l'IES est supérieur à 0,5 point pour 34,6 % d'entre eux, contre 52,6 % pour les sujets "concordants" (Tableau 52). Ainsi, malgré l'absence de différence significative, l'analyse du test de Rorschach souligne l'existence de divergences entre ces deux groupes lors de la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.

Tableau 52 : Comparaison du test de Rorschach entre les patients "concordants" et "discordants" (T1)

|  | Concordants<br>(N = 26) | Discordants<br>(N = 19) | Significativité<br>de la<br>différence |
|--|-------------------------|-------------------------|--|
| Nombre de réponse<br>supérieur à 20          | 15,8%                   | 34,6%                   | NS                                     |
| Refus  | 57,9%                   | 38,5%                   | NS                                     |
| Choc   | 6,0%                    | 5,0%                    | NS                                     |
| Eq Choc                                      | 94,7%                   | 96,2%                   | NS                                     |
| Ban comprise entre<br>3 et 5                 | 68,4%                   | 53,8%                   | NS                                     |
| F% inférieur à 60%                           | 36,8%                   | 30,8%                   | NS                                     |
| F+% inférieur à<br>65%                       | 15,8%                   | 23,1%                   | NS                                     |
| A% inférieur à 50 %                          | 57,9%                   | 61,5%                   | NS                                     |
| IA% supérieur à<br>13%                       | 31,6%                   | 46,2%                   | NS                                     |
| Nombre de K<br>Supérieur à 3                 | 26,3%                   | 23,1%                   | NS                                     |
| IES général<br>Supérieur à 0,5               | 68,4%                   | 53,8%                   | NS                                     |
| IES agressivité<br>Supérieur à 0,5           | 52,6%                   | 34,6%                   | NS                                     |
| IES féminin /<br>Maternel<br>Supérieur à 0,5 | 52,6%                   | 46,2%                   | NS                                     |
| IES phallique<br>Supérieur à 0,5             | 52,6%                   | 53,8%                   | NS                                     |

Pour conclure, nous venons de montrer que les patients "concordants" et "discordants" identifiés lors du début du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique sont deux groupes qui restent significativement distincts à la fin de celui-ci. De plus, ce constat est d'autant plus significatif que les trois méthodologies étayent cette hypothèse. Ainsi, il est apparu, à l'issue de ce parcours, que les patients "discordants" présentaient davantage de difficultés à investir un potentiel tuteur de résilience, comparativement aux patients "concordants".

## **2. Analyses qualitatives**

Après avoir étudié les résultats de façon quantitative, nous allons maintenant privilégier l'approche qualitative afin d'illustrer les résultats précédents. Pour ce faire, nous avons choisi quatre cas cliniques, dont deux patientes résilientes à l'issue du parcours (Renée et Sophie), une patiente ayant des difficultés à mobiliser un processus résilient (Nathalie) et un patient chez qui nous n'observons pas de dynamique résiliente (Carlos).

### **2.1. Renée**

#### **2.1.1. Le début du parcours de préparation à la chirurgie (T0)**

##### **2.1.1.1. Anamnèse**

Lors de notre première rencontre avec Renée, nous accueillons une femme d'une cinquantaine d'années qui apparaît comme étant très fatiguée. Renée est la seconde d'une fratrie de quatre enfants constituée d'une sœur aînée, d'un petit frère et d'une sœur cadette. Elle est mariée, a trois enfants et un petit fils. Précédemment aide à domicile, elle est actuellement au chômage depuis quatre ans à cause d'un handicap partiel. Néanmoins, elle reste très occupée par sa mère, dont elle doit s'occuper. Toutefois, la relation avec cette dernière est difficilement supportable pour elle car elle doit gérer ses caprices et ses colères, tout en étant à ses petits soins. Son père, lui, est décédé après une fin de vie compliquée puisqu'il était atteint des maladies d'Alzheimer et de Parkinson. Après ces quelques éléments contextuels, nous nous sommes centrés sur son histoire personnelle.

Renée décrit une enfance compliquée. Effectivement, elle a grandi auprès d'une mère alcoolique et maltraitante qui les privait, sa fratrie et elle, de soin et de nourriture. Son père, quant à lui, était peu présent à cause de son travail. Cependant, elle le qualifie comme quelqu'un d'aimant et avec qui elle entretenait une relation satisfaisante. En effet, « malgré le fait qu'il faisait l'autruche face aux comportements manipulateurs de ma mère, j'avais une relation privilégiée avec lui », confiera-t-elle. Ainsi, son enfance se déroule dans ce climat familial particulier. À l'adolescence, est survenu un événement traumatique : une agression à l'arme blanche par un homme lorsqu'elle se promenait dans la rue, non loin de son domicile. À vingt ans et grâce à son mariage, elle quitte et fuit sa famille, déclenchant chez elle, une « prise de conscience de ce qui lui manque ». Quelques mois après son mariage, elle est enceinte de son

premier enfant mais fera, malheureusement, une fausse couche après trois mois de gestation. Sa seconde grossesse se déroulera normalement et elle donnera naissance à un garçon qui restera enfant unique pendant six ans. Naissent ensuite des jumelles qui ne seront pas acceptées par ce dernier. Question éducation, Renée s'est attachée à sa volonté d'éduquer ses enfants en allant à l'encontre de l'éducation reçue par sa propre mère. Toutefois et actuellement, ses enfants lui reprochent d'être « trop mère poule », une critique qu'elle considère comme injuste et qu'elle « digère difficilement ». Malgré cela, cette nouvelle vie se passe relativement sans encombre jusqu'à la quarantaine. À ce moment, elle apprend soudainement la relation cachée de son père et l'existence de sa demi-sœur. C'est alors qu'elle prend l'initiative de révéler l'information à sa famille, ce qui engendrera un éclatement familial et une rupture relationnelle avec son père jusqu'à sa mort, dix ans plus tard. Renée regrettera terriblement cette situation, à tel point que, un an jour pour jour après son décès, elle fera une tentative de suicide médicamenteuse. Actuellement, ce deuil est toujours difficile à accepter, six années après. De plus, cette période de la quarantaine correspond également à une période de l'adolescence teintée de violence chez son fils qui s'est retrouvé au tribunal après l'étranglement d'une camarade, en plus de violences envers sa mère et son mari. À l'heure actuelle, nous l'avons vu, Renée éprouve de nombreuses difficultés nous laissant constater la présence d'une anxiété généralisée, de fragilités importantes, dont une atteinte forte de l'estime d'elle-même ainsi que des affects dépressifs.

Concernant son évolution pondérale, elle débute à la puberté et se poursuit tout au long de sa vie. Suite à de nombreux régimes, elle alternera entre prises et pertes pondérales. Au moment de sa tentative de suicide il y a cinq ans, elle atteint son poids maximum, 166 kilos. Désormais, elle parvient à le maintenir constant autour de 123 kilos. Son alimentation est marquée par des BED prandiaux et extra-prandiaux qui peuvent se dérouler plusieurs fois par jour, en plus des grignotages réguliers. Lors de la description de son comportement alimentaire, elle le lie aisément à ses émotions et à son histoire de vie. De plus, elle exprime une forte culpabilité à la suite de ses compulsions alimentaires, qu'elle s'empressera de compenser, par exemple, par une importante restriction lors des repas suivants.

L'entretien avec Renée s'achève par une synthèse de ses difficultés. En effet, nous reparlons notamment de la relation compliquée avec sa mère, du décès de son père, et du rapport avec ses enfants. Nous reprenons également les conséquences de ces événements sur son alimentation, son anxiété, sa dépression et sur ses atteintes narcissiques. Ainsi, à l'issue de

l'entretien, Renée est décidée à se prendre en charge et est alors orientée vers le CMP de son secteur.

### **2.1.1.2. Données des questionnaires et du test de Rorschach au T0**

#### **2.1.1.2.1. Résultats des questionnaires**

Nous décrivons de manière succincte les résultats obtenus par aux questionnaires, que nous avons synthétisés dans un tableau (Annexe 20).

Tout d'abord, la qualité de vie déclarée par Renée est mauvaise. En effet, les scores à l'EQVOD et à la SF-36 indiquent une forte dégradation des qualités de vie physique et psychique. D'ailleurs, ces résultats aux questionnaires sont corroborés par l'entretien clinique. En effet, pour rappel, Renée présente des difficultés physiques conséquentes puisqu'elle a été contrainte de cesser son activité professionnelle pour cause de handicap dû à des douleurs au niveau de ses membres inférieurs et de son dos.

Concernant son alimentation, les données des questionnaires DEBQ et BES soulignent l'importance de la restriction alimentaire mais également les liens entre ses conduites et ses émotions. Ces résultats coïncident avec le discours tenu par Renée lors de l'entretien clinique, notamment les liens qu'elle établit entre son alimentation, ses émotions, son histoire de vie ainsi que ses restrictions après ses compulsions alimentaires. D'ailleurs, le score à la BES reste relativement faible compte tenu de l'identification de BED lors de l'entretien clinique, qu'ils soient prandiaux ou extra-prandiaux.

En termes de psychopathologies, les scores à l'HAD correspondent également avec les diagnostics que nous avons formulés lors de l'entretien clinique. Effectivement, ces scores indiquent la présence d'une forte anxiété chez Renée ainsi qu'un tableau dépressif actuel.

Pour les événements de vie difficiles et traumatiques, tout comme lors de notre entretien clinique, Renée déclare avoir subi des situations traumatogènes. En effet, nous constatons des scores élevés au niveau de la sous-échelle des abus et des négligences physiques et émotionnels. Ainsi, nous faisons l'hypothèse que ces scores reflètent les difficultés de Renée lors de son enfance, notamment lorsqu'elle a été confrontée à sa mère alcoolique, maltraitante et négligente. Nous pouvons également noter la présence d'un score de déni au CTQ qui est faible.

Pour l'alexithymie, les scores à la TAS sont élevés à toutes les sous-échelles. En effet, comparativement à la population générale, Renée déclare avoir des difficultés à identifier ses sentiments, à les décrire, ainsi qu'une propension à favoriser les pensées tournées vers l'extérieur plutôt que celles tournées vers l'intérieur. De ce fait, d'après la TAS, nous pouvons diagnostiquer une alexithymie chez Renée.

Enfin, concernant le questionnaire RSA, nous observons un score très faible de résilience lors du début du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique. Ce résultat confirme pleinement les données que nous avons recueillies lors de l'entretien clinique. En effet, l'analyse de notre grille d'évaluation de la résilience indique la présence de difficultés majeures chez Renée, ne pouvant conclure à l'existence d'un processus résilient. Néanmoins, Renée a une certaine aptitude à mobiliser ses capacités de résilience dans les interactions avec le thérapeute.

#### 2.1.1.2.2. **Résultats du test de Rorschach au T0**

Après notre entretien clinique avec Renée, nous avons effectué la passation du test de Rorschach (Annexe 21). Ce protocole est caractérisé par un recours relativement important à l'inhibition, ayant pour conséquence un faible nombre de réponses. En effet, nous comptons 17 réponses dans l'ensemble du protocole, sachant que Renée a refusé de répondre à la planche 6. Ce refus témoigne d'une difficulté dans le rapport de Renée à la virilité et à la puissance phallique. D'ailleurs, Renée choisira comme planches rejetées la 4<sup>ième</sup> et la 1<sup>ière</sup>, qui traduisent l'existence d'une difficulté face à une imago maternelle phallique et destructrice. De plus, le choix de la planche maternelle corrobore cette hypothèse puisqu'elle l'associera à la 1<sup>ière</sup> avec l'explication suivante : « le visage noir ». De ce fait, ces premiers éléments du test de Rorschach soulignent les difficultés relationnelles de Renée avec sa mère.

Concernant son espace imaginaire, celui-ci se caractérise par sa pauvreté. En effet, outre le faible nombre de réponses, le nombre de kinesthésies est, lui aussi, très nettement inférieur aux normes. Effectivement, nous ne comptons qu'une seule kinesthésie humaine et qu'une seule kinesthésie animale contre respectivement trois et quatre pour les normes. De plus, cette dernière ne possède pas une bonne qualité formelle. Le F% est de 64,7 %, ce qui est supérieur aux normes établies et souligne la difficulté de Renée face à l'émergence des affects qu'elle cherche à contrôler par le recours à la réalité. Au contraire, le F+%, le A% et le nombre de banalités respectent les normes, ce qui est en faveur d'un processus alexithymique car Renée

réussit à se soustraire d'une pensée trop conformiste. Le TRI est de type extratensif dilaté alors que le FS est plutôt introversif. Ainsi, à la lumière de ces indicateurs, nous notons une pauvreté de son espace imaginaire qui peut être néanmoins modulé par la présence de quelques indicateurs positifs.

Le test de Rorschach révèle également une pauvreté de mentalisation chez Renée puisque nous constatons une pauvreté des indicateurs de symbolisation et de capacité d'élaboration des affects. En effet, l'IES général est en faveur d'une mauvaise symbolisation des affects puisque sur un nombre de sept expressions symboliques, la moyenne obtenue est de 0,28, ce qui est strictement inférieur à la norme fixée à 0,5. Ces symbolisations sont majoritairement des expressions de l'agressivité puisque nous dénombrons cinq éléments, représentant un IES agressivité de 0,2 point. Pour les symbolisations sexuelles, la pulsionnalité féminine et maternelle est de mauvaise qualité. Celle phallique est de 2 points mais n'est exprimée qu'une seule fois. Ainsi, l'analyse des indicateurs de l'IES conduit à la présence de difficultés importantes de symbolisation des affects chez Renée. L'analyse du coefficient barrière/pénétration montre également les fragilités du système défensif résultant de l'envahissement pulsionnel puisque nous dénombrons deux pénétrations contre aucune manifestation barrière. Pour la capacité d'élaboration des affects, nous constatons l'existence d'un travail de liaison entre les affects et la représentation de bonne qualité. L'IA% est également en faveur d'une bonne capacité d'élaboration car il est inférieur aux normes. Néanmoins, nous comptabilisons deux expressions C', signant la présence d'affects dépressifs chez Renée. De plus, nous avons précédemment évoqué l'existence d'un refus, qui est l'indicateur le plus fort d'une sidération de la capacité d'élaboration des affects (De Tychey et al., 2000). Ainsi, malgré la présence de quelques indicateurs révélateurs d'une bonne capacité d'élaboration des affects, nous postulons l'existence d'une difficulté d'élaboration de ceux-ci.

Pour conclure, les indicateurs de symbolisations et d'élaboration des affects sont tous les deux en défaveur d'une bonne capacité de mentalisation. De ce fait, l'analyse du test de Rorschach montre l'existence de difficultés importantes chez Renée et indique l'absence de processus résilient.

### **2.1.1.3. Conclusion**

Les résultats obtenus par Renée aux questionnaires, à l'entretien clinique et au test de Rorschach valident les hypothèses 1 (Tableau 53). Effectivement, l'analyse des données



recueillies en début de parcours de préparation à la chirurgie bariatrique montre que Renée présente une histoire de vie difficile et traumatique, notamment en lien à sa relation maternelle. L'accumulation de tous ces événements ainsi que l'absence de support de résilience dans son entourage, l'ont contrainte à rechercher des moyens pour diminuer sa charge d'affects. De ce fait, c'est dans la nourriture qu'elle a trouvé refuge pour tenter de digérer le temps de l'incorporation, ses émotions et son agressivité liés à son passé. Son histoire est donc jonchée de tentatives infructueuses de faire face symboliquement à cette mère destructrice. Nous pouvons, par exemple, citer la fuite de sa famille grâce à son mariage ou encore sa volonté d'être une mère à l'opposé de la sienne. Juxtaposée à cette relation, nous pouvons également évoquer la relation à son père. En effet, celle-ci est plutôt idéalisée, dans un contexte où ce dernier est peu présent pour protéger ses enfants des maltraitances maternelles. Toutefois, cette idéalisation a été mise à mal lors de la révélation d'une famille cachée, conduisant à un rejet de Renée par ce dernier. Dans ces conditions conflictuelles, l'élaboration du décès paternel ne pouvait donc se réaliser convenablement, ce qui a conduit à son effondrement dépressif puis à sa tentative de suicide. Pour conclure, au vu de ses fragilités, nous pouvons dire que Renée n'est pas résiliente lors de son entrée dans le parcours de préparation à la chirurgie.

Pour Renée, ce poids accumulé au fil des années est la résultante, dit-elle : « de tout le poids des événements de ma vie ». Ainsi, elle signifiera explicitement son désir de se libérer physiquement, mais surtout psychologiquement de son poids, grâce à l'élaboration d'une demande psychothérapeutique.

Tableau 53 : Cas de Renée : synthèse des hypothèses 1 vérifiées

| Hypothèses   | Vérifiées<br>Oui/Non |
|--|----------------------|
| H1 a : Conformément à la littérature, la qualité de vie de nos sujets en situation d'obésité sévère ou massive serait altérée.   | Oui                  |
| H1 b : Au regard de la littérature scientifique, nous posons l'existence de TCA actuels ou passés dans la vie des sujets en situation d'obésité sévère ou massive.   | Oui                  |
| H1 c : Nous attendons que les sujets en demande de chirurgie bariatrique présentent des symptômes psychopathologiques présents ou passés (anxiété, dépression, tentatives de suicide, addictions, etc.).   | Oui                  |
| H1 d : Conformément à la littérature actuelle, nous attendons de trouver une prévalence d'événements de vie difficiles et traumatiques chez les personnes en situation d'obésité sévère ou massive.  | Oui                  |
| H1 e : Au vu de l'ensemble des psychopathologies observées dans la littérature chez les sujets en situation d'obésité sévère ou massive, nous attendons que notre population présente un faible niveau de mentalisation.   | Oui                  |
| H1 f : D'après les liens établis entre obésité, existence d'événements de vie difficiles et traumatiques et présence de psychopathologies, nous postulons une absence de processus résilient chez les patients au début du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique. | Oui                  |

## 2.1.2. La fin du parcours de préparation à la chirurgie (T1)

### 2.1.2.1. Entretien du T1

Notre seconde rencontre avec Renée a lieu six mois après la première, à la fin de son parcours de préparation. Contrairement à la fois précédente, nous retrouvons une femme aux traits apaisés, souriante et impatiente de nous rencontrer. L'entretien débute par son évocation spontanée de son incertitude de départ quant à la pertinence des groupes de préparation à la chirurgie. En effet, le premier groupe lui paraissait froid, car il était principalement constitué de gens qui parlaient peu. Cependant, au fur et à mesure, elle s'est appropriée cette dynamique groupale ce qui lui a permis, dit-elle, de « grandir », et de « s'écouter ». De plus, le suivi

psychologique mis en place avec un psychiatre et un infirmier psy au CMP depuis quatre mois, lui permet maintenant de « prendre position pour son bien à elle ». Effectivement, elle réalise désormais des activités manuelles (tricot et peinture à l'huile) qui lui procurent un épanouissement. Elle prend également plus de temps avec sa famille, notamment avec son petit fils. Ces nouvelles activités lui permettent de sublimer sa charge émotionnelle et l'aident à gérer plus facilement son anxiété. Dorénavant, elle dira ne plus s'inquiéter de manière déraisonnable dans le quotidien et tenter de faire preuve de distanciation vis-à-vis des événements. Lorsque l'on évoque son comportement alimentaire, elle décrit une alimentation plus apaisée. Effectivement, depuis maintenant plusieurs mois, elle n'a plus de BED. De ce fait, nous concluons à une rémission totale des BED. Concernant le recours aux grignotages, elle nous dira qu'il peut en subsister de temps à autre mais que ceux-ci sont devenus anecdotiques. Ainsi, l'apaisement ressenti par Renée la conduit à réduire considérablement l'intensité et la fréquence de ses TCA, passant de TCA avec forte compulsivité au début du parcours de préparation, à des TCA non compulsifs, voire même absents.

Durant ces quelques mois, elle a aussi modifié son relationnel aux autres et notamment à son entourage. Par exemple, elle racontera qu'elle ose désormais tenir tête à sa mère lorsque celle-ci « fait des caprices » ou lorsqu'elle est insultante ou agressive verbalement. Alors qu'auparavant Renée répondait expressément aux besoins de sa mère en renonçant à ses activités ou à son organisation, aujourd'hui, elle satisfait ses propres désirs et besoins avant ceux de sa mère. Renée est ravie de cette évolution même si cela fut difficile pendant quelques mois car la violence de sa mère était bien plus accentuée. Qui plus est, quelques jours plus tard, ces modifications relationnelles ont été confirmées lors d'un entretien avec le fils de Renée, qui réalise, lui aussi, un parcours de chirurgie bariatrique. Effectivement, il nous dira qu'elle ne répond plus autant qu'avant à toutes les attentes de son entourage, et que, si elle ne veut pas faire quelque chose, elle ne le fera pas. De plus, il constate un changement positif chez sa mère depuis quelques mois car maintenant, elle semble « beaucoup plus heureuse ». D'ailleurs, Renée conclura l'entretien quelques jours plus tôt en nous confiant qu'elle se sent « plus positive » et avec « moins d'incertitudes par rapport à l'avenir ». Renée souhaite poursuivre le travail psychothérapeutique engagé « pour pouvoir tirer un trait sur les difficultés du passé ».

## **2.1.2.2. Données des questionnaires et du test de Rorschach au T1**

### **2.1.2.2.1. Résultats des questionnaires au T1**

Nous décrivons de manière succincte l'évolution des résultats obtenus par Renée aux questionnaires, qui ont été synthétisés dans un tableau (Annexe 20).

Tout d'abord, nous constatons une évolution de la qualité de vie déclarée par Renée. En effet, les scores aux échelles de la SF-36 montrent une nette amélioration de la qualité de vie, notamment sur le plan psychique. Ainsi, nous observons une amélioration importante au niveau des échelles de vitalité, de santé psychique et des limitations dues à l'état psychique, entraînant ainsi, une augmentation du score résumé psychique. Comme attendu, du côté de la qualité de vie physique, nous observons une faible évolution des scores. Néanmoins, les échelles activité physique et santé perçue ont relativement augmenté entre les deux temps (Annexe 20).

Concernant son alimentation, les données des questionnaires DEBQ et BES soulignent, tout comme l'entretien, une diminution générale des troubles alimentaires entre les deux temps. En effet, le score de la BES a diminué pour passer de 11 à 6 points, tout comme les moyennes aux sous-échelles émotivité et externalité (Annexe 20). Cependant, nous notons une légère augmentation de la restriction alimentaire entre le début et la fin du parcours, passant de 3,44 à 3,56. Ainsi, ces résultats correspondent aux données de l'entretien clinique et tendent vers une diminution des troubles alimentaires.

Concernant les affects dépressifs et anxieux, les scores de l'HAD ont diminué entre le T0 et le T1. Effectivement, alors que l'échelle indiquait l'existence d'une dynamique dépressive lors du T0, au T1, Renée déclare ne plus présenter de dépression. Les scores d'anxiété ont également diminué, passant de 14, à 10 points. Cependant, cette échelle témoigne toujours de l'existence d'une anxiété chez Renée. Ainsi, ces résultats confirment l'idée que Renée gère plus facilement son anxiété.

Pour l'alexithymie, nous constatons une diminution des scores à la TAS entre les deux temps. En effet, Renée semble avoir plus de facilités à identifier ses sentiments et les décrire. De plus, la sous-échelle de pensées tournées vers l'extérieur a également diminué, indiquant une progression de l'introspection. De ce fait, le score total à la TAS a diminué, passant de 71 à 55 points. Cependant, d'après le seuil de scores, nous passons d'un diagnostic avéré d'alexithymie, à un diagnostic probable.

Enfin, concernant le questionnaire RSA, nous observons une augmentation du score de résilience entre le début et la fin du parcours de préparation, passant de 126 à 160 points. Ce résultat confirme les améliorations constatées lors de l'entretien clinique et dans les autres questionnaires. Ces résultats corroborent ceux issus de l'évaluation de la résilience à l'aide de la grille d'évaluation. En effet, cette évaluation indique également l'émergence d'un processus résilient, bien que des affects anxieux persistent.

#### 2.1.2.2.2. Résultats du test de Rorschach au T1

À la fin du parcours de préparation à la chirurgie, nous observons une augmentation importante du nombre de réponses lors de la passation du test de Rorschach. Effectivement, celui-ci passe de 17, à 25 réponses, ce qui correspond désormais à la norme attendue. De plus, Renée fournira deux réponses de bonne qualité à la planche 6, planche qu'elle avait refusée lors de la première passation.

Concernant l'espace imaginaire, nous observons une nette amélioration des indicateurs entre les deux temps de la recherche, avec une forte augmentation du nombre de kinesthésies. Effectivement, celles humaines sont passées d'une, à trois, ce qui correspond dorénavant aux normes attendues. De plus, les petites kinesthésies sont au nombre de 12 sur l'ensemble du protocole contre une seule lors du T0. Ainsi, les réponses kinesthésiques représentent 60 % de ses réponses au test. Quant à lui, le F% est relativement faible et a diminué de 64,7, à 32 %. En observant le F+%, celui-ci est de 100. Cela souligne une augmentation du conformisme et du contrôle, que l'on peut néanmoins moduler avec le score du F+% élargi qui est de 73,8 % et plus proche des normes. Le A%, lui, reste stable (~ 45 %) dans l'ensemble du parcours de préparation ce qui signe une bonne qualité de l'espace imaginaire. Pour le TRI, celui-ci est de nouveau extratensif dilaté, et le FS reste de type introversif pur. Enfin, le nombre de banalités a fortement augmenté, passant de 4 à 7. Ainsi, étant supérieur à la norme, il montre l'existence d'un certain conformisme social dans les réponses données par Renée. Néanmoins, l'ensemble de ces indicateurs est en faveur d'une luxuriance de l'espace imaginaire de Renée à la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.

Sur le plan de la symbolisation des affects, nous dénombrons 17 symbolisations dans le protocole, dont 9 agressives, 6 sexuelles féminines, et 2 phalliques. Le score de l'IES général est de 1 point et signe d'une bonne symbolisation des affects. Concernant l'IES agressivité, celui-ci a également augmenté durant le parcours de préparation, en passant de 0,29 à 0,7 point.

L'IES sexuel féminin/maternelle a également progressé en passant de -1 à 1,5 point. Quant à lui, celui phallique est resté stable. Ainsi, l'analyse des indicateurs de l'IES souligne une amélioration de la capacité de symbolisation des affects de Renée durant le parcours de préparation. Le coefficient barrière/pénétration est toujours en faveur d'une difficulté du système défensif face à l'invasion pulsionnel. En effet, celui-ci correspond désormais à un signe barrière contre quatre signes pénétration. Concernant la capacité d'élaboration des affects, nous observons le maintien d'une bonne qualité du travail de liaison entre les affects et les représentations. En effet, Renée présentera six situations de liaison affects/représentations dont quatre avec une bonne qualité formelle. De plus, l'IA% a chuté en passant de 11,8 % à 4 %, soulignant la bonne adaptation aux angoisses suscitées par le test. Enfin, nous constatons aucun refus ni aucun choc durant la passation. Nous notons uniquement l'existence d'un équivalent-choc à la planche 9. Par conséquent, l'ensemble de ces indicateurs sont favorables à la présence d'une bonne capacité d'élaboration des affects lors du T1. Pour conclure, l'analyse du test de Rorschach du T1 comparativement au T0, montre une nette amélioration de la qualité de mentalisation de Renée. De ce fait, cela induit l'émergence d'un processus résilient durant le parcours de préparation, ce qui confirme les données de l'entretien clinique et des questionnaires.

### **2.1.2.3. Conclusion**

Les résultats obtenus par Renée aux questionnaires, à l'entretien clinique et au test de Rorschach valident l'ensemble des hypothèses 2 (Tableau 54).

En effet, Renée présente une amélioration notable de sa qualité de vie, une diminution de l'intensité des psychopathologies (TCA, dépression et anxiété), ainsi qu'une meilleure expression de ses affects. Il apparaît donc que le suivi psychologique et les groupes de préparation à la chirurgie lui ont permis de retrouver un nouvel équilibre en dehors des compensations comportementales. De plus, le test de Rorschach atteste l'existence d'une réanimation fantasmatique entre le début et la fin du parcours de préparation (De Tychev, 2010). Ainsi, l'analyse des résultats est en faveur de l'émergence d'un processus résilient chez Renée. En effet, durant ce semestre de préparation, Renée a su saisir les potentialités offertes par son environnement pour améliorer sa capacité à faire face à l'adversité. Bien qu'elle présente toujours des affects anxieux, elle a développé sa capacité à s'affirmer face, par exemple, à la violence maternelle. Pour conclure ce cas clinique, il nous semble que le cheminement de Renée illustre parfaitement cette définition de la résilience qui est « d'apprendre à résister aux

traumatismes en faisant appel à la confiance enfouie en chacun de nous et qui tarde parfois à s'exprimer. C'est un refus de la résignation à la fatalité du malheur. C'est l'art de naviguer dans les torrents » (Cyrulnik, 2005).

*Tableau 54 : Cas de Renée : synthèse des hypothèses 2 vérifiées*

| Hypothèses  | Vérifiées<br>Oui/Non |
|---|----------------------|
| H2 a : À la suite du parcours de préparation, nous attendons d'observer une amélioration de la qualité de vie, notamment à la sous-échelle de qualité de vie psychologique.   | Oui                  |
| H2 b : Nous supposons une diminution des TCA en termes de fréquence et d'intensité entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.  | Oui                  |
| H2 c : À la fin du parcours de préparation à la chirurgie, nous attendons une diminution des psychopathologies, notamment de l'anxiété, de la dépression et des addictions.   | Oui                  |
| H2 d : Nous envisageons une amélioration de la qualité de mentalisation chez les patients entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.   | Oui                  |
| H2 e : Au vu de l'amélioration attendue en termes de psychopathologies et de mentalisation, nous postulons également une amélioration du processus résilient chez les sujets en situation d'obésité sévère ou massive entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique. | Oui                  |

## **2.2. Sophie**

### **2.2.1. Le début du parcours de préparation à la chirurgie (T0)**

#### **2.2.1.1. Anamnèse**

Lors de notre première rencontre avec Sophie, nous accueillons une femme d'une cinquantaine d'années, mariée et mère d'un fils et d'une fille. D'ailleurs, Sophie deviendra prochainement grand-mère car son fils va avoir un enfant, une perspective qu'elle attend avec impatience. Sophie est l'avant-dernière d'une fratrie de quatre enfants, constituée d'un frère

ainé, et de deux sœurs. Les relations qu'elle entretient avec son entourage sont dans l'ensemble, plutôt satisfaisantes. Néanmoins, ses rapports avec son conjoint sont compliqués car celui-ci fait régulièrement preuve d'infidélité. Actuellement, elle travaille en tant qu'assistante maternelle, un métier dans lequel elle s'épanouit pleinement.

Sophie décrit une enfance normale, cependant marquée par un déménagement lorsqu'elle avait douze ans, période qui correspond également au début de sa prise de poids. Ce déménagement fut une période difficile pour elle. Toutefois, elle rencontra rapidement son futur mari ainsi que son beau-père, malheureusement. En effet, ce dernier l'abusait sexuellement et régulièrement de ses douze à vingt-six ans, âge auquel elle obligea son mari à prendre position et à la défendre. À vingt et un ans, elle se marie, et ce, dans un contexte conflictuel entre les deux familles. Ensuite, elle est rapidement tombée enceinte de son fils. Un an plus tard, son père, qu'elle décrit comme quelqu'un qui avait souvent tendance à s'isoler et à être très jaloux de nature, se suicida à cause de son licenciement. Encore aujourd'hui, Sophie n'a pas compris ce geste et exprime beaucoup de colère durant l'entretien vis-à-vis de ce père qui les « a abandonnés ». D'ailleurs, elle évoquera ses difficultés à faire ce deuil. À vingt-trois ans, elle tombe une nouvelle fois enceinte mais sa grossesse aboutira à une fausse couche. Afin d'essayer de combler cette perte, Sophie fera le choix de retomber enceinte. Cette nouvelle grossesse et l'accouchement se dérouleront convenablement. Cependant, une incompréhension s'est installée dans le couple depuis la perte du précédent enfant. C'est alors que Sophie soupçonne son conjoint d'infidélité depuis plusieurs années, confirmation qu'elle aura à ses trente ans. Cette période fut marquée par de nombreuses séparations, jusqu'à celle de ses trente ans, où elle annoncera être une nouvelle fois enceinte. Elle se retrouve alors contrainte à l'avortement, par son mari, après qu'il lui ait révélé son infidélité. Actuellement, vis-à-vis de cette situation, Sophie ressent encore « beaucoup de haine et de colère ». Quelques temps plus tard, son mari réintégrera le foyer familial. Lors de l'adolescence de ses enfants, les rapports avec sa fille deviennent rapidement compliqués et très agressifs. Ils se poursuivront jusqu'à ses quarante ans où sa fille décidera alors de quitter le domicile après avoir surpris son père avec une autre femme. Depuis, les relations entre son mari et sa fille sont très difficiles. Quelques années plus tard, après un cancer du pancréas fulgurant, sa mère décéda. Ce deuil est également compliqué à résoudre pour Sophie, qui, six ans après, exprime encore beaucoup de douleur. Aujourd'hui, Sophie vit, dit-elle, « en collocation avec son mari » après le départ de son fils il y a quelques années. Néanmoins, elle conserve l'espoir que cette relation conjugale s'améliore dans les années à venir.



Concernant son histoire pondérale, Sophie a, comme nous l'avons évoqué, commencé à prendre du poids vers ses douze ans. Celui-ci s'est ensuite stabilisé à l'adolescence, pour réaugmenter à partir de son mariage. Ainsi, à partir de cette période, elle fera de nombreux régimes qui entraîneront des fluctuations importantes de son poids. Aujourd'hui, alors qu'elle possède un anneau gastrique, elle pèse 93 kilos pour 1,54 m. Sophie est consciente de son alimentation émotionnelle puisqu'elle dira que son comportement alimentaire est « un défouloir pour éliminer les contrariétés, le stress, la colère et sert à combler le manque ». Cependant, après ces passages à l'acte, Sophie exprime beaucoup de culpabilité. Ainsi, nous avons identifié des TCA de types hyperphagies prandiales, grignotages, et binge subjectif, en moyenne trois fois par semaine. De plus, nous notons l'existence d'antécédents addictifs, notamment au tabac jusqu'en 2014, et aux sodas. Enfin, Sophie présente une importante anxiété qui nécessite un traitement par Seroplex.

L'entretien avec Sophie s'achève par une synthèse de ses difficultés et des moyens pour les dépasser. Ainsi, nous évoquons le suivi psychothérapeutique qu'elle a mis en place depuis trois ans avec un psychiatre, à fréquence d'une fois tous les trois mois. Cependant, Sophie n'est pas satisfaite par ce suivi qui, dira-t-elle, « ne m'apporte rien ». Elle exprime alors le souhait de changer de thérapeute, afin que « les choses évoluent ».

## **2.2.1.2. Données des questionnaires et du test de Rorschach au T0**

### **2.2.1.2.1. Résultats des questionnaires**

Nous décrivons de manière succincte les résultats obtenus par Sophie aux questionnaires, que nous avons synthétisés dans un tableau (Annexe 22).

Tout d'abord, la qualité de vie déclarée par Sophie est mauvaise. En effet, que ce soit les scores à l'EQVOD ou à la SF-36, tous deux indiquent une dégradation importante des qualités de vie physique et psychique. Ainsi, les résultats mettent en évidence des difficultés plus marquées sur le plan psychique, notamment quant au sentiment de vitalité et aux limitations liées à l'état psychique.

Concernant son alimentation, les données du questionnaire DEBQ soulignent l'importance de la restriction alimentaire mais également des liens solides entre ses conduites alimentaires et ses émotions. De plus, le score à la BES indique la présence d'une alimentation compulsive chez Sophie. Ainsi, ces résultats coïncident avec son discours tenu lors de

l'entretien clinique et particulièrement avec les liens qu'elle établit entre son alimentation, ses émotions, et son histoire de vie, mais aussi avec les aspects compulsifs de son alimentation. Grâce au DEBQ, nous pouvons également relever la tendance de Sophie à la restriction alimentaire.

En termes de psychopathologies, les scores obtenus à l'HAD correspondent également au diagnostic d'anxiété que nous avons formulé lors de l'entretien clinique. Effectivement, Sophie obtient un score de 10 points à la sous-échelle anxiété, caractéristique de l'existence d'affects anxieux conséquents.

Pour les événements de vie difficiles et traumatiques, contrairement à l'entretien clinique, Sophie ne déclare pas avoir subi d'événement de vie durant son enfance et adolescence. En effet, toutes les sous-échelles présentent un score minimum. Cependant, nous pouvons noter une exception puisque l'échelle de déni montre un score maximum. Ainsi, le cas de Sophie est un exemple de la sous-déclaration rencontrée dans l'analyse des résultats du CTQ. Effectivement, au vu de l'histoire de vie recueillie lors de l'entretien clinique, nous aurions pu nous attendre à un score indiquant l'existence des violences subies par Sophie pendant son adolescence, notamment à la sous-échelle abus sexuel.

Pour l'alexithymie, les scores à la TAS sont élevés à toutes les sous-échelles. En effet, comparativement à la population générale, Sophie déclare avoir des difficultés à identifier ses sentiments et à les décrire, ainsi qu'une propension à favoriser les pensées tournées vers l'extérieur plutôt que celles tournées vers l'intérieur. De ce fait, d'après la TAS, nous pouvons diagnostiquer une alexithymie chez Sophie.

Enfin, quant au questionnaire RSA, nous observons un faible score de résilience lors du début du parcours de préparation. Ce résultat confirme pleinement les données que nous avons recueillies lors de l'entretien clinique. En effet, l'analyse de notre grille d'évaluation de la résilience indique la présence de difficultés majeures chez Sophie, ne pouvant conclure à l'existence d'un processus résilient. Néanmoins, à l'issue de notre entretien, nous avons noté un potentiel de résilience chez Sophie lorsqu'elle formule son souhait de changer de thérapeute.

#### **2.2.1.2.2. Résultats du test de Rorschach au T0**

Après notre entretien clinique avec Sophie, nous avons effectué la passation du test de Rorschach (Annexe 23). Ce protocole est, rappelons-le, caractérisé par un recours relativement

important à l'inhibition, ayant pour conséquence un faible nombre de réponses. En effet, nous dénombrons 14 réponses dans l'ensemble du protocole, et notons un refus à la planche 9. Ce refus témoigne d'une certaine difficulté dans le rapport de Sophie à la régression renvoyant à une symbolique maternelle prégénitale, ainsi que dans sa capacité à élaborer ses affects. Notons également que Sophie choisit comme planche rejetée la 1<sup>ière</sup> et la 8<sup>ième</sup>, qui étant donné leurs positions particulières, (première planche du test et première planche pastel) renvoient à la capacité à faire face à des situations nouvelles pouvant faire émerger des affects et de l'angoisse. Ainsi, Sophie signifie très clairement sa difficulté face à ce contenu dans l'explication de son choix : « elles ont des formes qui ne me plaisent pas ». Ces premiers éléments du test de Rorschach renseignent sur les fragilités de Sophie au niveau de ses processus de pensées et de son identité.

Concernant son espace imaginaire, celui-ci est pauvre. Outre le faible nombre de réponses, le nombre de kinesthésies est, lui aussi, très nettement inférieur aux normes. Effectivement, nous ne comptons qu'une seule kinesthésie humaine et deux petites kinesthésies contre respectivement trois et quatre pour les normes. Le F% est de 71,4 %, ce qui est supérieur aux normes établies et souligne la difficulté de Sophie face à l'émergence des affects, qu'elle cherche à contrôler par le recours à des processus de formalisation-intellectualisation excessifs. Le F+%, également très élevé, témoigne d'un accrochage rigide à la réalité externe, au détriment du monde interne. De plus, le A% élevé (64 %) et le nombre de banalités très supérieur aux normes (7), montre que Sophie recourt à une pensée conformiste hypertrophiée. Le TRI et le FS sont introversifs purs. Effectivement, nous n'observons aucune réponse couleur et estompage au sein du protocole. Ainsi, à la lumière de tous ces indicateurs, nous concluons à une pauvreté de l'espace imaginaire de Sophie.

Le test de Rorschach révèle également une pauvreté de sa mentalisation que nous constatons à travers les indicateurs de symbolisation et de capacité d'élaboration des affects. En effet, l'IES féminin et maternel est en faveur d'une mauvaise symbolisation des affects, puisque nous ne dénombrons aucune symbolisation. Pour l'IES phallique, Sophie n'exprime qu'une seule symbolisation, qui est néanmoins, de bonne qualité. Ainsi, ces deux premiers indicateurs soulignent l'existence d'une difficulté face aux symbolisations sexuelles. Concernant l'IES agressivité, celui-ci est plutôt de bonne qualité avec 7 symbolisations au total et un score de 1,14 point. Ainsi, IES général étant très influencé par le nombre de symbolisations agressives, celui-ci est plutôt de bonne qualité, avec un score de 1,25 point. Pour conclure sur l'analyse des indicateurs de l'IES, ils témoignent d'une bonne symbolisation des

affects liés à l'agressivité. Cependant, la pauvreté des symbolisations sexuelles tend vers une difficulté de symbolisation. De plus, l'analyse du coefficient barrière/pénétration montre également les fragilités du système défensif résultant de l'envahissement pulsionnel puisque nous dénombrons une pénétration, contre aucune manifestation barrière. À propos de la capacité d'élaboration des affects, nous constatons tout d'abord, la pauvreté du nombre d'affects dans le protocole. De plus, lorsque ceux-ci sont présents, le travail de liaison est en faveur d'une prédominance de l'affect sur la représentation. Précédemment, nous avons évoqué l'existence d'un refus à la planche 9, qui est l'indicateur le plus fort d'une sidération de la capacité d'élaboration des affects (De Tychey et al., 2000). De plus, il est à noter deux équivalents-chocs dont un à la planche 2 et un à la planche 7. En nous référant au contenu latent de ces trois planches (2, 7, et 9), elles réactivent, sur le plan fantasmatique, le vécu du sujet face au féminin maternel. Ainsi, une nouvelle fois, nous soulignons la difficulté de Sophie face aux pulsionnalités féminines et maternelles, que nous pouvons attribuer à l'impact des violences sexuelles subies par Sophie lors de son adolescence, une période où elle était en pleine construction de son identité féminine. Quant à lui, l'IA% est de 7, traduisant une bonne capacité d'élaboration. Ainsi, malgré ce dernier indicateur, nous postulons l'existence chez Sophie, d'une difficulté importante au niveau de l'élaboration de ses affects.

Pour conclure, les indicateurs de symbolisation et d'élaboration des affects sont tous les deux en défaveur d'une bonne capacité de mentalisation, et ce, notamment concernant la pulsionnalité maternelle et féminine. De ce fait, l'analyse du test de Rorschach confirme l'existence de difficultés importantes chez Sophie et l'absence de processus résilient.

### **2.2.1.3. Conclusion**

Les résultats obtenus par Sophie lors des questionnaires, de l'entretien clinique et du test de Rorschach valident les hypothèses 1 (Tableau 55). Effectivement, l'analyse des données recueillies lors du début du parcours de préparation, montre que Sophie présente une histoire de vie difficile et traumatique. L'accumulation de tous ces événements ainsi que l'absence de support de résilience dans son entourage, l'ont contrainte à rechercher des moyens pour diminuer la charge d'affects. De ce fait, c'est dans la nourriture qu'elle a trouvé refuge, pour tenter de digérer le temps de l'incorporation, ses émotions et son agressivité liées à ce passé. En effet, Sophie cherche les réponses à de nombreuses incompréhensions, comme celles, par exemple, autour du suicide de son père, des infidélités de son mari ou encore des violences sexuelles qu'elle a subies. Lors de notre rencontre, Sophie présente donc de nombreuses

fragilités qui s'expriment à travers son comportement alimentaire, et son anxiété. Pour conclure, au vu de ces fragilités, nous pouvons affirmer que Sophie n'est pas résiliente lors de son entrée dans le parcours de préparation. Toutefois, nous notons la présence d'un désir de prise en charge psychologique, qui peut être le témoin d'un possible parcours résilient.

*Tableau 55 : Cas de Sophie : synthèse des hypothèses 1 vérifiées*

| Hypothèses   | Vérifiées<br>Oui/Non |
|--|----------------------|
| H1 a : Conformément à la littérature, la qualité de vie de nos sujets en situation d'obésité sévère ou massive serait altérée.   | Oui                  |
| H1 b : Au regard de la littérature scientifique, nous posons l'existence de TCA actuels ou passés dans la vie des sujets en situation d'obésité sévère ou massive.   | Oui                  |
| H1 c : Nous attendons que les sujets en demande de chirurgie bariatrique présentent des symptômes psychopathologiques présents ou passés (anxiété, dépression, tentatives de suicide, addictions, etc.).   | Oui                  |
| H1 d : Conformément à la littérature actuelle, nous attendons de trouver une prévalence d'événements de vie difficiles et traumatiques chez les personnes en situation d'obésité sévère ou massive.  | Oui                  |
| H1 e : Au vu de l'ensemble des psychopathologies observées dans la littérature chez les sujets en situation d'obésité sévère ou massive, nous attendons que notre population présente un faible niveau de mentalisation.   | Oui                  |
| H1 f : D'après les liens établis entre obésité, existence d'événements de vie difficiles et traumatiques et présence de psychopathologies, nous postulons une absence de processus résilient chez les patients au début du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique. | Oui                  |

## **2.2.2. La fin du parcours de préparation à la chirurgie (T1)**

### **2.2.2.1. Entretien du T1**

Notre seconde rencontre avec Sophie a lieu cinq mois et demi après la première, à la fin de son parcours de préparation.

L'entretien débute par le ressenti de Sophie quant au parcours qu'elle vient de vivre. Pour elle, celui-ci s'est « passé très vite car elle y a appris beaucoup de choses ». En effet, il lui a permis « de conforter son idée qu'il ne faut pas avoir d'idée reçue, et qu'il faut se remettre en question ». De plus, comme elle l'avait évoqué lors du premier entretien, elle a choisi de cesser son suivi psychologique avec son psychiatre, au profit d'une psychothérapie auprès d'une psychologue en libéral près de chez elle. Ce suivi a commencé moins d'un mois après notre rencontre et s'effectuait d'abord, une fois par semaine pendant les deux premiers mois puis, à hauteur de deux fois par mois. Cette nouvelle relation est, pour Sophie, très satisfaisante et lui « permet d'avancer dans ses difficultés ». Aujourd'hui, elle s'affirme beaucoup plus et « elle prend beaucoup plus soin d'elle » en allant, par exemple, chez le coiffeur ou en se faisant plaisir. D'ailleurs, son entourage a observé ces changements et la conforte dans cette dynamique.

À ce jour, lorsque l'on évoque son comportement alimentaire, elle le décrit comme plus apaisé, où « elle est plus à l'écoute de son ventre ». D'ailleurs, elle est fière de nous informer qu'elle n'a pas repris de poids à l'issue de l'ablation de l'anneau gastrique, quatre mois auparavant. En effet, cela fait plusieurs mois que ses grignotages et ses épisodes de binge subjectif ont diminué en intensité et en fréquence (moins d'une fois par mois). De plus, elle ressent beaucoup moins de culpabilité associée à l'alimentation. Ainsi, son alimentation se voit passer de TCA avec forte compulsivité au début du parcours de préparation, à une quasi-absence de TCA.

Durant ces quelques mois, ses relations avec ses enfants et son mari se sont renforcées pour aboutir, aujourd'hui, à une plus grande proximité. Effectivement, étant aujourd'hui plus sûre d'elle, elle arrive plus facilement à donner, voire à imposer son point de vue à son conjoint. Pour ce faire, elle a notamment recouru à des ultimatums, qui l'ont alors forcé à s'investir dans le couple. Ainsi, ils ont, par exemple, profité d'un week-end en thalasso, moment qu'elle a relativement apprécié d'autant plus que « cela n'était jamais arrivé ».

Pour conclure, Sophie est désormais beaucoup plus sereine quant à l'avenir, grâce notamment à son suivi psychologique qui lui permet de « redevenir active dans sa vie » et de prendre les choses en mains. Ainsi, d'après l'entretien clinique et les améliorations constatées, Sophie semble actuellement s'inscrire dans une dynamique résiliente.

## **2.2.2.2. Données des questionnaires et du test de Rorschach au T1**

### **2.2.2.2.1. Résultats des questionnaires au T1**

Nous décrivons de manière succincte l'évolution des résultats aux questionnaires de Sophie, qui ont été synthétisés dans un tableau (Annexe 22).

Tout d'abord, nous constatons une évolution de la qualité de vie déclarée par Sophie. En effet, les scores aux échelles de la SF-36 montrent une nette amélioration de la qualité de vie, surtout sur le plan psychique. Ainsi, nous constatons une nette amélioration au niveau des sous-échelles santé perçue, vitalité, vie et relation avec les autres, limitations dues à l'état psychique, et santé psychique. Cette évolution influence positivement le score résumé psychique puisqu'il passe de 37,8 à 54,34 entre les deux temps. De son côté, le score résumé physique reste stable entre le début et la fin du parcours de préparation (Annexe 22).

Concernant son alimentation, les données des questionnaires DEBQ et BES soulignent, tout comme l'entretien, une diminution générale des troubles alimentaires entre les deux temps. En effet, le score de la BES a diminué, pour passer de 21 à 6 points. Pour le DEBQ, toutes les moyennes aux sous-échelles sont également réduites, et pour la plupart, leur score est inférieur au seuil de 3. Ainsi, elles soulignent une diminution du recours à l'alimentation émotionnelle, même si elle peut encore subsister, comme nous l'avons vu lors de l'entretien clinique. Bien que Sophie ait diminué ses comportements restrictifs, ceux-ci restent néanmoins présents à la fin de ce parcours de préparation. Pour conclure, ces résultats correspondent aux données de l'entretien clinique et tendent vers une diminution des troubles alimentaires (Annexe 22).

Concernant les affects dépressifs et anxieux, les scores de l'HAD ont diminué entre le T0 et le T1. Effectivement, alors que l'échelle indiquait l'existence d'une dynamique anxieuse lors du T0, au T1, Sophie déclare ne plus présenter d'anxiété. Le score de dépression a également diminué, passant de 7, à 3 points (Annexe 22). Ainsi, ces résultats confirment l'idée que Sophie gère plus facilement ses affects anxieux.

Pour l'alexithymie, nous constatons une diminution des scores à la TAS entre les deux temps. En effet, Sophie semble avoir plus de facilités à identifier ses sentiments et à les décrire. Cependant, la sous-échelle de pensées tournées vers l'extérieur est restée stable durant le parcours de préparation. Ainsi, le score total à la TAS a diminué, passant de 60 à 50 points

(Annexe 22). De ce fait, d'après le seuil de scores, nous passons d'un diagnostic possible d'alexithymie, à une absence de diagnostic.

Enfin, concernant le questionnaire RSA, nous observons une augmentation du score de résilience entre le début et la fin du parcours de préparation, passant de 163 à 192 points (Annexe 22). La sous-échelle disposition individuelle est celle ayant augmenté le plus fortement. Les deux autres, restent relativement stables. Ces résultats confirment les améliorations constatées lors de l'entretien clinique et dans les autres questionnaires. Ainsi, ils corroborent ceux issus de l'évaluation de la résilience à l'aide de la grille d'évaluation et sont favorables à une dynamique résiliente.

#### 2.2.2.2.2. Résultats du test de Rorschach au T1

À la fin du parcours de préparation à la chirurgie, nous observons une augmentation importante du nombre de réponses lors de la passation du test de Rorschach (Annexe 23). Effectivement, celui-ci passe de 14, à 23 réponses, ce qui correspond désormais à la norme attendue. De plus, Sophie fournira une réponse kinesthésique de bonne qualité à la planche 9, planche qu'elle avait refusée à la première passation.

Concernant l'espace imaginaire, nous constatons une amélioration des indicateurs entre les deux temps de la recherche. Effectivement, les kinesthésies humaines sont passées d'une, à trois, ce qui correspond dorénavant aux normes attendues. Quant à elles, les petites kinesthésies sont toujours inférieures à la norme. Même si le F% a diminué en passant de 71,4, à 65,2 %, celui-ci reste néanmoins supérieur à la norme. Cela souligne, une nouvelle fois, la difficulté de Sophie à faire face à l'émergence des affects, même si la réaction à celle-ci est plus souple que lors de la première passation. Le F+% a diminué pour passer de 100, à 86,7 %, ce qui indique une légère baisse du conformisme et du contrôle, même si ceux-ci restent très élevés lors de cette seconde passation. Le A%, lui, a fortement diminué en passant de 64, à 47,8 % et correspond désormais aux normes, ce qui signe une bonne qualité de l'espace imaginaire. Sophie maintient un TRI et un FS introversifs. Enfin, le nombre de banalités est réduit, passant de 7, à 5, ce qui correspond maintenant aux normes attendues. Ainsi, cela montre une diminution du conformisme social dans les réponses données par Sophie, ce qui est en faveur d'un espace imaginaire de qualité. Pour conclure, nous pouvons dire qu'une majorité de ces indicateurs est partisane d'une très bonne qualité de l'espace imaginaire de Sophie à la fin du parcours de préparation.



Sur le plan de la symbolisation des affects, nous dénombrons 14 symbolisations dans le protocole, dont 10 agressives, 2 sexuelles féminines, et 2 phalliques. Le score de l'IES général est de 1,14 point, et souligne la bonne symbolisation des affects. Concernant l'IES agressivité, celui-ci reste supérieur au seuil de 0,5, avec un score de 1 point. L'IES sexuel féminin/maternel est plutôt de bonne qualité avec un score de 2 points. Quant à lui, celui phallique, est de 1 point. Ainsi, l'analyse des indicateurs de l'IES souligne l'amélioration de la capacité de symbolisation des affects chez Sophie durant le parcours de préparation, notamment concernant les symbolisations sexuelles. Le coefficient barrière/pénétration est toujours en faveur d'une difficulté du système défensif face à l'envahissement pulsionnel. En effet, celui-ci correspond désormais à un signe barrière contre deux signes pénétration. Concernant la capacité d'élaboration des affects, nous observons maintenant la capacité de Sophie à exprimer ses affects et à les lier avec des représentations de bonnes qualités. En effet, Sophie présentera 4 situations de liaison affects/représentations, toutes de bonne qualité formelle. De plus, l'IA% est de 0, ce qui souligne la bonne adaptation aux angoisses suscitées par le test. Enfin, nous ne constatons aucun refus, ni aucun choc durant la passation. Cependant, nous notons l'existence de deux équivalent-chocs, aux planches 2 et 9, signe de la présence d'affects mais que Sophie réussit à surmonter. Par conséquent, la majorité de ces indicateurs sont favorables à la présence d'une bonne capacité d'élaboration des affects lors du T1. Pour conclure, l'analyse du test de Rorschach tend vers une amélioration notable de la qualité de mentalisation chez Sophie au T1, comparativement au T0. De ce fait, cela induit l'émergence d'un processus résilient durant le parcours de préparation, ce qui confirme les données de l'entretien clinique et des questionnaires.

### **2.2.2.3. Conclusion**

Les résultats de Sophie lors des questionnaires, de l'entretien clinique et du test de Rorschach valident toutes les hypothèses 2 (Tableau 58).

En effet, nous observons une amélioration notoire de la qualité de vie de Sophie ainsi qu'une diminution de l'intensité des psychopathologies (TCA et anxiété). De plus, Sophie paraît exprimer plus facilement ses affects et arrive, aujourd'hui, à s'affirmer, notamment dans la relation avec son conjoint. Ainsi, il apparaît que le changement de thérapeute entrepris par Sophie et que les groupes de préparation à la chirurgie bariatrique l'ont aidé à trouver un équilibre en dehors des compensations comportementales. De plus, le test de Rorschach atteste l'existence d'une « réanimation fantasmatique » entre le début et la fin du parcours de

préparation (De Tychev, 2010). Ainsi, l'analyse des résultats est en faveur de l'émergence d'un processus résilient chez Sophie, même si nous observons encore quelques affects anxieux.

*Tableau 56 : Cas de Sophie : synthèse des hypothèses 2 vérifiées*

| Hypothèses  | Vérifiées<br>Oui/Non |
|---|----------------------|
| H2 a : À la suite du parcours de préparation, nous attendons d'observer une amélioration de la qualité de vie, notamment à la sous-échelle de qualité de vie psychologique.   | Oui                  |
| H2 b : Nous supposons une diminution des TCA en termes de fréquence et d'intensité entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.  | Oui                  |
| H2 c : À la fin du parcours de préparation à la chirurgie, nous attendons une diminution des psychopathologies, notamment de l'anxiété, de la dépression et des addictions.   | Oui                  |
| H2 d : Nous envisageons une amélioration de la qualité de mentalisation chez les patients entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.   | Oui                  |
| H2 e : Au vu de l'amélioration attendue en termes de psychopathologies et de mentalisation, nous postulons également une amélioration du processus résilient chez les sujets en situation d'obésité sévère ou massive entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique. | Oui                  |

## **2.3. Nathalie**

### **2.3.1. Le début du parcours de préparation à la chirurgie (T0)**

#### **2.3.1.1. Anamnèse**

Lors de notre première rencontre avec Nathalie, nous accueillons une femme de quarante-sept ans, célibataire et sans enfant. Nathalie est la seconde d'une fratrie de trois

enfants, dont une sœur ainée et un frère cadet. Auparavant directrice de séjours de vacances et formatrice dans l'éducation populaire, elle n'exerce plus d'activité professionnelle depuis maintenant treize années, à la suite d'un accident du travail qui la place en situation d'invalidité de deuxième catégorie. Après rappel de ces quelques éléments contextuels, nous allons maintenant nous centrer plus spécifiquement sur son histoire de vie personnelle.

Nathalie décrit une enfance auprès d'une mère dépressive. Cette dépression maternelle s'est amplifiée suite au décès par étouffement de son petit frère de treize mois, lorsqu'elle avait quatre ans. Aux alentours de ses cinq ans, Nathalie commence à développer des rhumatismes articulaires. Cette période marque également le début des violences verbales à l'école et à la maison, ainsi que celui de sa prise de poids. En effet, face au mal-être qu'elle ressentait, Nathalie « allait discrètement dans le frigo la nuit pour manger ». D'ailleurs, elle qualifie aujourd'hui ce comportement comme « une véritable drogue qui entraînait de la culpabilité ». Ainsi, face au désir parental de perte pondérale, Nathalie entame son premier régime à l'âge de cinq ans. Elle grandit dans ce contexte de vie et, à l'adolescence, doit s'occuper de sa mère devenue handicapée. Nathalie ne pouvant donc plus se concentrer pleinement sur sa scolarité, redouble plusieurs fois, jusqu'à ce que sa mère, à ses dix-huit ans, décide de sa déscolarisation. Ainsi, Nathalie quitte la maison pour intégrer un foyer pour jeunes travailleurs. Cette période lui évoque une prise de liberté, où elle devient animatrice, puis rapidement, directrice de séjours de vacances. À ses vingt-deux ans, lorsque sa mère décède subitement, elle retourne habiter avec son père, qui ne sera pas étayant. Sous la pression paternelle, elle s'occupe de lui et de la maison, est contrainte à de nombreux interdits et cède même son salaire à ce dernier. Un an plus tard, il refait sa vie avec une femme qui la rejette et l'éloigne du foyer familial. D'ailleurs, depuis cette période, Nathalie n'a plus de contact avec son père. C'est alors qu'à ses vingt-six et à ses vingt-sept ans, elle fait une tentative de suicide par médicaments et scarifications, à la suite de « l'accumulation d'événements difficiles » incapables à gérer. Alors qu'elle a trente-quatre ans, elle a un accident du travail et subit une intervention chirurgicale qui échoue. Par conséquent, elle devient invalide de seconde catégorie et ne peut plus travailler. Aujourd'hui, Nathalie semble être complètement dépassée par son quotidien et se laisse aller jusqu'à l'incurie. Ainsi, depuis quelques mois, elle héberge une fille d'une amie qui s'occupe d'elle et de son foyer.

Concernant son histoire pondérale, nous l'avons vu, Nathalie a commencé à prendre du poids vers ses cinq ans. Suite à cela, elle a enchaîné les régimes durant toute son enfance et adolescence. À treize ans, elle atteint 130 kilos puis perd du poids pour descendre à 90 kilos,

lors de son départ vers le foyer jeunes travailleurs. Après le décès de sa mère (qui était également en situation d'obésité et pesait 250 kilos), elle prend 45 kilos en seulement quelques mois. Nathalie décidera de se faire poser un anneau gastrique et passera d'un poids de 114, à 99 kilos. Puis, progressivement, elle reprend du poids et pèsera 174 kilos pour 1,64 m lors de notre rencontre au début du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique. Nathalie est consciente de son alimentation émotionnelle puisqu'elle dira que son comportement alimentaire sert « à aller mieux quand ça ne va pas », que c'est « un cocon alimentaire ». Nathalie qualifie son alimentation « d'anarchique », du fait de sa perte de contrôle alimentaire plusieurs fois par jour, que ce soit lors ou en dehors des repas. De plus, elle grignote lorsqu'elle s'ennuie. Ainsi, nous identifions actuellement des TCA à forte compulsivité, de types binge prandial, BED sévère, et grignotages. Nathalie nous confiera régulièrement culpabiliser après ses compulsions. De plus, nous notons des antécédents addictifs au tabac jusqu'en 2015, où elle décide d'arrêter de fumer ses 90 cigarettes par jour car « cela était lourd financièrement ». Elle exprime explicitement le rôle addictif de cette consommation, puisqu'elle servait à « gérer le stress », et ainsi « compenser la nourriture ». Aujourd'hui, elle se rabat sur les jeux vidéo, échappatoire dans un monde fantastique « lui permettant de faire passer le temps ».

L'entretien avec Nathalie s'achève par une synthèse de ses difficultés et des moyens pour les dépasser. Ainsi, nous échangeons autour de son histoire de vie teintée des violences et négligences qu'elle a subies, du deuil difficile suite au décès de sa mère, ainsi que de son invalidité. Puis, nous évoquons la réalisation d'un travail psychothérapeutique, ce à quoi Nathalie rétorque avoir d'ores et déjà pris rendez-vous au CMP de son secteur car elle souhaite effectuer un suivi.

### **2.3.1.2. Données des questionnaires et du test de Rorschach au T0**

#### **2.3.1.2.1. Résultats des questionnaires**

Nous décrirons de manière succincte les résultats obtenus par Nathalie aux questionnaires, que nous avons synthétisés dans un tableau (Annexe 24).

Tout d'abord, la qualité de vie déclarée par Nathalie est mauvaise. En effet, que ce soit les scores à l'EQVOD ou à la SF-36, tous deux indiquent une dégradation importante des qualités de vie physique et psychique. Ainsi, ces résultats montrent des difficultés plus

importantes sur le plan physique, notamment aux sous-dimensions activités physiques, douleurs physiques, limitations liées à l'état physique, et vitalité.

Concernant son alimentation, les données du questionnaire DEBQ soulignent une forte influence des émotions sur les conduites alimentaires ainsi qu'une sensibilité accrue aux stimulations environnementales. De plus, Nathalie déclare ne pas restreindre son alimentation. Le score à la BES est de 6 points, ce qui tend vers une absence d'alimentation compulsive. Ainsi, nous observons une différence entre la déclaration de Nathalie lors de l'entretien et celle retrouvée dans la BES. En effet, au vu des BED prandiaux et extras prandiaux, nous attendions un score élevé à la BES.

En termes de psychopathologies, les scores obtenus à l'HAD sont faibles pour les deux sous-dimensions anxiété et affects dépressifs. Effectivement, Nathalie obtient respectivement 5 et 6 points, signant une absence de symptomatologie.

Pour les événements de vie difficiles et traumatiques, nous nous appuyons sur les seuils de scores au CTQ. Ces scores indiquent uniquement des antécédents d'abus physiques chez Nathalie. Les autres scores aux sous-échelles ne sont pas nuls, mais ne satisfont pas le critère de seuil. De ce fait, nous notons que les scores obtenus sont relativement élevés, bien que non significatifs pour les violences verbales et les négligences émotionnelles et physiques. De ce fait, ces scores ne coïncident pas avec les événements vécus par Nathalie identifiés lors de l'entretien clinique. L'analyse du score de déni met en avant des mécanismes de défense lors de la passation du questionnaire CTQ et peut expliquer la sous-déclaration observée. Pour conclure, l'analyse du CTQ conduit à identifier les événements de vie difficiles et traumatiques dans l'enfance et l'adolescence de Nathalie, même si celle-ci les minimise.

Pour l'alexithymie, les scores aux sous-échelles de la TAS sont tous supérieurs aux moyennes observées dans la population générale. Effectivement, Nathalie déclare présenter des difficultés à identifier ses sentiments et à les décrire. Nous observons également que Nathalie favorise les pensées tournées vers l'extérieur, plutôt que celles tournées vers l'intérieur. De ce fait, l'analyse des scores de la TAS à l'aide des seuils, conduit à émettre l'hypothèse d'une possible alexithymie chez Nathalie.

Enfin, concernant le questionnaire RSA, le score de résilience est faible lors du début du parcours de préparation à la chirurgie. En effet, Nathalie obtient un score de 141 points, ce qui est inférieur à la norme de la population générale et signe l'absence de résilience. Ce résultat confirme pleinement les données que nous avons recueillies lors de l'entretien clinique. En

effet, l'analyse de notre grille d'évaluation de la résilience indique également la présence de difficultés majeures chez Nathalie, ne permettant pas de conclure à l'existence d'un processus résilient.

#### 2.3.1.2.2. Résultats du test de Rorschach au T0

Après notre entretien clinique avec Nathalie, nous lui avons administré la passation du test de Rorschach (Annexe 25), qui pour rappel, se caractérise par un recours relativement conséquent à l'inhibition, entraînant un faible nombre de réponses. En effet, nous dénombrons 18 réponses dans l'ensemble du protocole.

Concernant son espace imaginaire, il est de bonne qualité, bien qu'elle rencontre des difficultés à y accéder. En effet, outre le faible nombre de réponses, celui des kinesthésies humaines est de 4, ce qui est supérieur à la norme attendue et signe une bonne qualité de l'espace imaginaire. Au contraire, il n'y a pas de petite kinesthésie dans le protocole, ce qui traduit une fragilité de l'espace imaginaire. Le F% est de 50, ce qui est inférieur aux normes établies et signe la bonne qualité de l'espace imaginaire. Cependant, le F+% et le F+% élargi sont plutôt élevés, étant respectivement de 72,22 et de 86,11. Ainsi, ils témoignent d'un accrochage rigide à la réalité externe au détriment du monde interne. Quant à eux, le A% est faible (27,78 %) et le nombre de banalités (5) correspond aux normes. De ce fait, ces indicateurs sont en faveur d'un espace imaginaire de bonne qualité. Le TRI est introversif dilaté alors que le FS est coarté. Ainsi, à la lumière de tous ces indicateurs nous concluons que Nathalie présente une difficulté d'accès à un espace imaginaire riche.

Le test de Rorschach révèle également une difficulté d'élaboration mentale des affects chez Nathalie. En effet, l'IES général est plutôt de bonne qualité puisque nous dénombrons 14 symbolisations, dont 7 agressives, 4 féminines et maternelles et 3 phalliques. De plus, l'IES générale montre un score de 1,15 point, ce qui indique une bonne symbolisation. Dans le détail, l'IES agressivité, avec un score de 0,57, est également de bonne qualité. L'IES féminin et maternel est également en faveur d'une bonne symbolisation des affects puisque son score est de 2 points. Pour l'IES phallique, Nathalie présente 3 symbolisations pour un total de 1,33 point. Pour conclure sur l'analyse des indicateurs de l'IES, ils témoignent d'une bonne symbolisation des affects. Au contraire, l'analyse du coefficient barrière/pénétration montre plutôt une fragilité du système défensif résultant d'un envahissement pulsionnel puisque nous dénombrons trois pénétrations, contre une seule manifestation barrière. À propos de la capacité

d'élaboration des affects, nous constatons tout d'abord, un travail de liaison entre les affects et les représentations montrant une bonne qualité d'élaboration. Nathalie propose au moins une réponse à chaque planche. Cependant, nous pouvons noter l'existence d'un choc R à la planche 2 car le rouge est assimilé au sang. Cette planche provoque une forte charge pulsionnelle, relevant la capacité du sujet à manier cette sollicitation symbolique. Ainsi, ici, le choc R témoigne d'une difficulté d'élaboration de la pulsion agressive ou libidinale chez Nathalie. Cette hypothèse est également vérifiée par un équivalent-choc à la planche 8. En effet, la planche 8 a pour principale caractéristique d'être la première planche couleur et mobilise la réactivité sensorielle et pulsionnelle du sujet. Quant à lui, l'IA% est de 6, signe d'une bonne capacité d'élaboration. Ainsi, l'ensemble de ces indicateurs met en évidence la difficulté de Nathalie à élaborer ses affects, notamment à la suite d'émergences pulsionnelles et libidinales.

Pour conclure, l'indicateur de symbolisations résulte d'une bonne mentalisation alors que ceux de l'élaboration des affects et du coefficient barrière/pénétration sont plutôt tous les deux en défaveur d'une bonne capacité de mentalisation. De ce fait, l'analyse du test de Rorschach confirme la présence d'une mentalisation avec des difficultés d'élaboration des affects. En ce sens, le test de Rorschach témoigne d'une difficulté d'accès à un processus résilient chez Nathalie.

### **2.3.1.3. Conclusion**

Les résultats obtenus par Nathalie aux questionnaires, à l'entretien clinique et au test Rorschach valident les hypothèses 1 (Tableau 57). Effectivement, l'analyse des données recueillies lors du début du parcours de préparation montre que Nathalie présente une histoire de vie difficile et traumatique. L'accumulation de tous ces événements, couplée à l'absence de support de résilience dans son entourage, l'ont contrainte à recourir à des moyens pour diminuer la charge d'affects. De ce fait, c'est dans la nourriture et dans le tabac qu'elle a trouvé refuge, tentant ainsi de gérer les surcharges émotionnelle et agressive. Face à l'abondance de cette accumulation, elle n'a pas trouvé d'autre moyen que d'attenter à ses jours. Lors de notre rencontre, Nathalie présente des fragilités perceptibles à travers son comportement alimentaire. Pour conclure, nous pouvons affirmer que Nathalie n'est pas résiliente lors de son entrée dans le parcours de préparation. Cependant, si son désir de prise en charge psychologique est bien investi, il peut conduire à la mobilisation d'un processus résilient.

Tableau 57 : Cas de Nathalie : synthèse des hypothèses 1 vérifiées

| Hypothèses   | Vérifiées<br>Oui/Non |
|--|----------------------|
| H1 a : Conformément à la littérature, la qualité de vie de nos sujets en situation d'obésité sévère ou massive serait altérée.   | Oui                  |
| H1 b : Au regard de la littérature scientifique, nous posons l'existence de TCA actuels ou passés dans la vie des sujets en situation d'obésité sévère ou massive.   | Oui                  |
| H1 c : Nous attendons que les sujets en demande de chirurgie bariatrique présentent des symptômes psychopathologiques présents ou passés (anxiété, dépression, tentatives de suicide, addictions, etc.).   | Oui                  |
| H1 d : Conformément à la littérature actuelle, nous attendons de trouver une prévalence d'événements de vie difficiles et traumatiques chez les personnes en situation d'obésité sévère ou massive.  | Oui                  |
| H1 e : Au vu de l'ensemble des psychopathologies observées dans la littérature chez les sujets en situation d'obésité sévère ou massive, nous attendons que notre population présente un faible niveau de mentalisation.   | Oui                  |
| H1 f : D'après les liens établis entre obésité, existence d'événements de vie difficiles et traumatiques et présence de psychopathologies, nous postulons une absence de processus résilient chez les patients au début du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique. | Oui                  |

### 2.3.2. La fin du parcours de préparation à la chirurgie (T1)

#### 2.3.2.1. Entretien du T1

Notre seconde rencontre avec Nathalie a lieu huit mois après la première, à la fin de son parcours de préparation, quelques semaines avant son opération.

L'entretien débute par le ressenti de Nathalie quant au parcours qu'elle vient de vivre. Pour elle, celui-ci fut « long, mais très bien ». Effectivement, Nathalie a apprécié les groupes de préparation qui lui ont permis « de mieux comprendre son comportement alimentaire ». De plus, comme elle l'avait évoqué lors du premier entretien, elle a commencé un suivi psychologique avec un psychologue à une fréquence d'une fois par mois au CMP de son secteur. Cependant, ce suivi ne lui convient pas, car elle n'adhère ni au thérapeute, ni à la



thérapie proposée. Ainsi, malgré son désir de réaliser un suivi psychologique lors du premier temps de la recherche, Nathalie est devenue incertaine des bienfaits de son apport. En effet, pour elle, le développement de son mieux-être n'est pas dû à ce suivi.

Lorsque l'on évoque son comportement alimentaire, elle décrit aujourd'hui une alimentation plus apaisée, même « s'il peut être difficile de se contenir ». Nous constatons en effet, un affaiblissement de la fréquence de ses compulsions alimentaires, s'élevant dorénavant à deux fois par mois en moyenne dans les trois derniers mois. De plus, elle dira exprimer beaucoup moins de culpabilité associée à son alimentation et ne plus grignoter. Ainsi, le diagnostic avancé est celui d'une rémission partielle des BED à la fin du parcours de préparation à la chirurgie. D'ailleurs, nous observons également une diminution de son poids durant ces huit mois puisqu'elle passe de 175, à 153 kilos. Concernant ses addictions, Nathalie nous dira avoir fortement diminué les jeux vidéo, car « maintenant elle sort plus souvent de chez elle avec des amies ». Ainsi, elle dira qu'elle a « l'impression de sortir de sa coquille ». Cependant, aucune différence n'est perceptible sur le plan de ses relations familiales.

Pour conclure, d'après l'entretien clinique et malgré une absence de dynamique résiliente, Nathalie a progressé durant le parcours de préparation notamment grâce à l'influence des groupes de préparation. Toutefois, la relation entretenue avec son thérapeute l'empêche d'aborder ses difficultés et ne lui permet pas de traiter convenablement ses problématiques.

### **2.3.2.2. Données des questionnaires et du test de Rorschach au T1**

#### **2.3.2.2.1. Résultats des questionnaires au T1**

Nous décrirons de manière succincte l'évolution des résultats aux questionnaires de Nathalie, qui ont été synthétisés dans un tableau (Annexe 24).

Tout d'abord, nous constatons une dégradation de la qualité de vie déclarée par Nathalie. En effet, les scores aux échelles de la SF-36 chute considérablement en qualité de vie, notamment sur le plan physique. Ainsi, tous les scores sont inférieurs à ceux mesurés au T0, exceptés à la sous-dimension limitations dues à l'état psychique. Cette évolution influence négativement le score résumé psychique puisqu'il passe de 50,95 à 48,29, et d'autant plus le score résumé physique, qui diminue de 26 à 19,26 entre le début et la fin du parcours de préparation (Annexe 24).

Concernant son alimentation, les données des questionnaires DEBQ et BES divergent. En effet, le score de la BES a augmenté, pour passer de 6 à 18 points. Ainsi, Nathalie déclare avoir des compulsions alimentaires lors de la fin du parcours de préparation, comme nous le soulignons lors de l'entretien. Cependant, il est intéressant de considérer le score à la BES qui augmente durant le parcours, alors que dans le même temps, la fréquence et l'intensité des compulsions diminuent. Selon nous, cette dynamique est un affaiblissement des mécanismes de défense présents chez Nathalie et renforce la sensibilité du test. Pour le DEBQ, nous observons une diminution des moyennes aux sous-échelles, qui pour la plupart, deviennent inférieures au seuil de 3. Ainsi, bien que subsistantes, le DEBQ souligne des diminutions du recours à l'alimentation émotionnelle et de l'externalité. Pour conclure, même si ces résultats sont divergents à première vue, ils coïncident aux données de l'entretien clinique et tendent vers une diminution des troubles alimentaires (Annexe 24).

Concernant les affects dépressifs et anxieux, l'échelle d'anxiété est en augmentation et passe de 5 à 10 points, ce qui confirme des affects anxieux chez Nathalie. Quant à lui, le score de dépression reste stable (Annexe 24).

Pour l'alexithymie, les scores à la TAS augmentent entre les deux temps. En effet, Nathalie déclare avoir plus de pensées tournées vers l'extérieur que lors du début du parcours de préparation. Ainsi, le score total à la TAS a, lui aussi, augmenté passant de 57 à 62 points (Annexe 24). De ce fait, d'après le seuil de scores de référence, nous passons d'un diagnostic possible d'alexithymie, à un diagnostic avéré.

Néanmoins, malgré un déclin des résultats aux questionnaires, ceux de la RSA ont augmenté. En effet, ils passent de 141, à 179 points (Annexe 24). Ces résultats divergent de ceux des autres questionnaires et de l'entretien clinique. En effet, malgré l'amélioration notable entre le T0 et le T1, des fragilités persistent chez Nathalie et nous ne pouvons donc pas inférer l'existence d'une dynamique résiliente.

#### **2.3.2.2.2. Résultats du test de Rorschach au T1**

À la fin du parcours de préparation à la chirurgie, nous observons une diminution du nombre de réponses au test de Rorschach (Annexe 25). Effectivement, celui-ci passe de 18, à 16 réponses, ce qui indique un renforcement de l'inhibition chez Nathalie.

Concernant l'espace imaginaire, le nombre de kinesthésies humaines reste stable, avec quatre éléments. Nous trouvons désormais une petite kinesthésie contre aucune lors du T0, ce qui reste toutefois, toujours inférieur à la norme. Concernant le F%, celui-ci a augmenté, passant de 50, à 62,5 et devient supérieur à la norme. Cela souligne un renforcement de la difficulté de Nathalie à faire face à l'émergence de ses affects. Le constat du F+% est similaire, puisqu'il a augmenté, passant de 72,22, à 80, ce qui est, une nouvelle fois, supérieur à la norme et indique la présence d'un désir de conformisme et de contrôle. Le A%, maintenant de 31,25 est dans les normes et resté relativement stable. Les cinq banalités restent constantes et reflètent, tout comme le A%, une bonne qualité de l'espace imaginaire. Le TRI et le FS sont désormais introversifs. Pour conclure, à la fin du parcours de préparation, une partie des indicateurs est en faveur d'une bonne qualité de l'espace imaginaire, malgré les difficultés de Nathalie à accéder à celui-ci.

Sur le plan de la symbolisation des affects, nous dénombrons 9 symbolisations dans le protocole contre 14 auparavant. Elles se répartissent entre les symbolisations de l'agressivité (6), et celles sexuelles (1 féminine/maternelle et 2 phalliques). Néanmoins, le score de l'IES général est resté stable avec 1,11 point, traduisant la bonne symbolisation des affects. Concernant l'IES agressivité, celui-ci demeure supérieur au seuil de 0,5, avec un score de 0,66 point. Malgré une diminution du nombre de symbolisations, l'IES sexuel féminin/maternel est de bonne qualité avec un score de 2 points. Quant à lui, celui phallique est désormais de 2 points. Ainsi, l'analyse des indicateurs de l'IES montrent la bonne capacité de symbolisation des affects chez Nathalie, bien qu'une diminution du nombre de symbolisations apparaisse. Le coefficient barrière/pénétration, lui, confirme une difficulté du système défensif face à l'envahissement pulsionnel. En effet, celui-ci correspond désormais à zéro signe barrière contre un signe pénétration. Concernant la capacité d'élaboration des affects, son nombre diminue. De plus, Nathalie rencontre des difficultés dans le travail de liaison entre ses affects et ses représentations. Quant à lui, l'IA% est désormais de 0. Nathalie s'adapte donc aux angoisses générées par le test. Enfin, nous ne constatons aucun refus ni aucun choc durant cette passation. Cependant, il y a un équivalent-choc à la planche 8, que Nathalie arrive finalement à surmonter dans la dynamique intra planche. Pour conclure, l'analyse du test de Rorschach du T1 montre toujours une difficulté de mentalisation chez Nathalie, notamment de sa capacité à élaborer ses affects. De ce fait, ses fragilités s'observent dans son incapacité d'élaboration des affects ainsi que dans ses difficultés d'accès à un espace imaginaire riche qui viennent perturber l'émergence d'un processus résilient opérant.

### 2.3.2.3. Conclusion

Les résultats de Nathalie lors des questionnaires, de l'entretien clinique et du test de Rorschach valident partiellement les hypothèses 2 (Tableau 58). Effectivement, Nathalie ne déclare pas d'amélioration de sa qualité de vie, qui, au contraire, se dégrade, notamment sur le plan physique. Les diminutions de la fréquence et de l'intensité des troubles alimentaires sont attribuées par Nathalie, aux apports des groupes de préparation à la chirurgie bariatrique. Ainsi, Nathalie semble davantage maîtriser ses comportements, même « s'il peut être difficile de se contenir ». Par cette phrase, elle signifie clairement son incapacité à exprimer ses affects, ce que confirme l'analyse des résultats au test de Rorschach. La prise en charge psychothérapeutique est alors indiquée pour travailler sa capacité d'élaboration des affects. Cependant, malgré avoir mis en place un tel suivi, Nathalie ne réussit pas à l'investir car le thérapeute et la thérapie proposée ne lui conviennent pas. Nathalie désinvestit donc cette thérapie qui ne lui produit pas le changement escompté, autrement dit, qui bloque l'émergence d'une forme de réactivation psychique. Ainsi, Nathalie reste entravée dans sa difficulté de gestion des affects, ce qui la condamne, pour le moment, à l'impossible émergence d'une dynamique résiliente.

Tableau 58 : Cas de Nathalie : synthèse des hypothèses 2 vérifiées

| Hypothèses  | Vérifiées<br>Oui/Non |
|---|----------------------|
| H2 a : À la suite du parcours de préparation, nous attendons d'observer une amélioration de la qualité de vie, notamment à la sous-échelle de qualité de vie psychologique.   | Non                  |
| H2 b : Nous supposons une diminution des TCA en termes de fréquence et d'intensité entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.  | Oui                  |
| H2 c : À la fin du parcours de préparation à la chirurgie, nous attendons une diminution des psychopathologies, notamment de l'anxiété, de la dépression et des addictions.   | Oui                  |
| H2 d : Nous envisageons une amélioration de la qualité de mentalisation chez les patients entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.   | Non                  |
| H2 e : Au vu de l'amélioration attendue en termes de psychopathologies et de mentalisation, nous postulons également une amélioration du processus résilient chez les sujets en situation d'obésité sévère ou massive entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique. | Non                  |

## **2.4. Carlos**

### **2.4.1. Le début du parcours de préparation à la chirurgie (T0)**

#### **2.4.1.1. Anamnèse**

Lors de notre première rencontre avec Carlos, nous accueillons un homme d'une quarantaine d'années, célibataire et sans enfant, chef d'une petite entreprise familiale dans le BTP. Carlos est le second d'une fratrie de quatre enfants, constituée d'un frère aîné, d'une petite sœur et d'un frère cadet. Ces parents, originaires du Portugal, sont tous les deux retraités. Sa mère était femme de ménage, et son père, le patron de l'entreprise de maçonnerie.

Durant l'entretien clinique, Carlos est assez peu loquace. D'ailleurs, lorsque l'on se centre sur son histoire personnelle, il évoque tout d'abord, une enfance qualifiée de plutôt bonne, où il estime avoir eu « des relations satisfaisantes avec ses parents ». Pour lui, le seul élément marquant de son enfance est qu'il « n'aimai[t] pas l'école », ce qui l'a conduit rapidement à se diriger vers un CAP carrosserie, mais qu'il n'a pas obtenu. Néanmoins, nous notons durant son enfance et adolescence, trois décès dont le premier est celui de sa grand-mère maternelle qui était atteinte d'un cancer alors que Carlos avait treize ans, le second, celui de son grand-père paternel lorsqu'il avait quinze ans, puis le dernier, celui de son grand-père maternel à ses dix-huit ans. Vis-à-vis de ces événements, Carlos n'est pas en mesure d'exprimer ses sentiments car il répond factuellement aux questions sollicitant la sphère émotionnelle. Lorsque nous parlons avec lui de son adolescence et du début de l'âge adulte, il qualifie cette période comme étant « sans limite » et avec « beaucoup de liberté et de sorties ». Avec le recul, Carlos regrette de ne pas avoir pu bénéficier de limites car, par la suite, cela a été difficile pour lui. En effet, sans profession, Carlos intègre l'entreprise familiale à ses vingt ans, « afin de faire comme son père ». C'est à ses trente-cinq ans, lors du départ en retraite de son père, qu'il en deviendra le patron. Actuellement, Carlos mène une vie paisible alternant travail et visites à ses parents. Sur le plan sentimental, il évoque une vie amoureuse en yoyo de l'adolescence au début de l'âge adulte, et qui, depuis une dizaine d'années, est inexistante.

Concernant son histoire pondérale, sa prise de poids débute à la puberté, vers l'âge de douze ans, lors de son entrée au collège. À seize ans, il avoisine les 120 kilos et réalise alors sa première cure d'une durée de sept mois, où il perd 80 kilos. À sa majorité, il reprend du poids et pèse 120 kilos pour 1,77 m. À vingt-sept ans, il effectue un nouveau régime où il perd, une

nouvelle fois, 40 kilos, passant ainsi de 130, à 90 kilos. Au fur et à mesure, il reprendra ce poids et atteindra 149 kilos, son poids maximum, six mois avant notre rencontre. En effet, il a réussi à perdre quelques kilos depuis le début de l'année, après « un petit régime ». Concernant son alimentation, nous identifions des comportements de types grazing, binge prandial, et BED qui peuvent avoir lieu plusieurs fois par jour. Il exprimera également avoir beaucoup de culpabilité à la suite de ces comportements alimentaires et dira manger « tout ce qui vient quand il ne fait rien ». Durant cet entretien, il présente des difficultés à associer son alimentation et ses émotions, notamment la colère qu'il peut ressentir. Juxtaposée à ses troubles des conduites alimentaires, nous notons une consommation de tabac pour dit-il, « évacuer le stress ».

L'entretien avec Carlos se conclut par une synthèse de sa situation, principalement centrée sur la gestion de sa colère. Cependant, lorsque l'on évoque avec lui la possibilité de réaliser un suivi psychologique, Carlos ne perçoit pas son utilité, et ne souhaite pas en commencer un.

#### **2.4.1.2. Données des questionnaires et du test de Rorschach au T0**

##### **2.4.1.2.1. Résultats des questionnaires**

Nous décrivons de manière succincte les résultats aux questionnaires de Carlos que nous avons synthétisés dans un tableau (Annexe 26).

Tout d'abord, la qualité de vie déclarée par Carlos est mauvaise. En effet, que ce soit les scores à l'EQVOD ou à la SF-36, ceux-ci indiquent une dégradation importante de ses qualités de vie physique et psychique. Cependant, celle psychique semble moins impactée que celle physique, comme l'indiquent les scores résumés psychiques et physiques de la SF-36, qui sont respectivement de 48,92 % et de 32,73 %. Ainsi, malgré certaines sous-dimensions correspondant aux normes de la population, par exemple, la santé psychique (SF-36) et le bien-être alimentaire (EQVOD), Carlos déclare une détérioration de la qualité de vie dans son ensemble.

Concernant son alimentation, les données des questionnaires DEBQ et BES soulignent l'absence de trouble du comportement alimentaire chez Carlos. Seule l'échelle d'externalité est significative. Ainsi, ces résultats ne rejoignent pas le discours de Carlos lors de l'entretien clinique. Nous pouvons les rattacher à sa difficulté à identifier et à décrire aisément son comportement alimentaire, comme constaté durant l'entretien clinique. Ainsi, nous pouvons

émettre l'hypothèse de l'existence d'une anosognosie de ses troubles alimentaires lors de son entrée dans le parcours de préparation à la chirurgie bariatrique, notamment sur l'aspect émotionnel.

En termes de psychopathologies, les scores à l'HAD sont en défaveur d'un diagnostic d'anxiété ou de dépression. Effectivement, les scores à ces sous-dimensions sont inférieurs aux normes établies.

Pour les événements de vie difficiles et traumatiques, Carlos déclare leurs absences durant son enfance et son adolescence. En effet, toutes les sous-échelles présentent un score inférieur aux seuils attendus. Cependant, nous pouvons noter une exception, puisque l'échelle de déni a un score élevé. Ainsi, tout comme dans l'entretien clinique, nous notons un recours à des mécanismes de défense chez Carlos, telles que la minimisation ou la banalisation des événements, mais également la mise à distance des émotions.

D'ailleurs, concernant l'alexithymie, les scores à la TAS présentent un niveau élevé à toutes les sous-échelles. En effet, comparativement à la population générale, Carlos déclare avoir des difficultés à identifier ses sentiments, à les décrire, ainsi qu'une propension à favoriser les pensées tournées vers l'extérieur plutôt que celles tournées vers l'intérieur. De ce fait, d'après la TAS nous pouvons diagnostiquer l'existence d'une alexithymie chez Carlos. Ainsi, ce résultat confirme notre impression clinique, à savoir que Carlos évite, autant que possible, l'expression de ses émotions, notamment grâce à un recours massif au factuel.

Enfin, concernant le questionnaire RSA, nous observons un score très élevé de résilience déclaré lors du début du parcours de préparation. Toutefois, ce score va à l'encontre de nos analyses des questionnaires et de l'entretien clinique. En effet, l'analyse de notre grille d'évaluation de la résilience indique la présence de difficultés majeures chez Carlos, ne pouvant conclure à un processus résilient. Ainsi, nous postulons, une nouvelle fois, l'existence de mécanismes de défense importants, influençant les scores au questionnaire RSA et conduisant à une surestimation de la résilience.

#### **2.4.1.2.2. Résultats du test de Rorschach au T0**

Après notre entretien clinique avec Carlos, nous lui avons fait passer le test de Rorschach (Annexe 27). Pour rappel, ce protocole est caractérisé par un recours relativement important à l'inhibition, ayant pour conséquence un faible nombre de réponses. En effet, nous

dénombrons 12 réponses dans l'ensemble du protocole, avec un refus à la planche 7. Ce refus témoigne d'une certaine difficulté dans le rapport de Carlos au sexe féminin et aux images féminines et maternelles. Ainsi, il apparaît clairement que ces premiers éléments du test de Rorschach renseignent sur les fragilités de Carlos au niveau de ses processus de pensée et de son identité. De ce fait, nous allons désormais étudier les indicateurs plus spécifiques à l'espace imaginaire et à la capacité de mentalisation.

Concernant son espace imaginaire, celui-ci est pauvre. En effet, outre le faible nombre de réponses, le nombre de kinesthésies est, lui aussi, très nettement inférieur aux normes. Nous ne comptons aucune kinesthésie humaine et qu'une seule kinesthésie animale contre respectivement trois et quatre pour les normes. Le F% est de 91,7, ce qui est très supérieur aux normes établies et souligne la difficulté de Carlos face à l'émergence des affects, qu'il cherche à contrôler par le recours à des processus de formalisation-intellectualisation excessifs. Quant à lui, le F+% est de 54,5 ce qui est inférieur à la norme et implique une relativement bonne qualité de l'espace imaginaire. De plus, le A% est également dans la norme attendue puisqu'il est de 50, tout comme les banalités qui sont au nombre de 4. De ce fait, ces deux indicateurs sont en faveur d'un recours adapté au conformisme. Le TRI, lui, est coarté, ce qui souligne la pauvreté d'expression de la pulsionnalité chez Carlos et la présence d'une vulnérabilité. Enfin, le FS est introversif pur. Pour conclure, tous ces indicateurs tendent en défaveur d'une bonne qualité de l'espace imaginaire chez Carlos.

Le test de Rorschach révèle également une pauvreté de mentalisation chez Carlos, puisque nous constatons une rareté des indicateurs de symbolisation et de capacité d'élaboration des affects. En effet, l'IES féminin et maternel est en faveur d'une mauvaise symbolisation des affects puisque nous ne dénombrons aucune symbolisation. Pour l'IES phallique, Carlos n'exprime qu'une seule symbolisation, qui est de mauvaise qualité. Ainsi, ces deux premiers indicateurs soulignent une difficulté chez Carlos face aux symbolisations d'ordre sexuelles. Concernant l'IES agressivité, celui-ci est également de mauvaise qualité avec 5 symbolisations au total et un score de -0,4 point. Ainsi, IES général montre une mauvaise qualité de la symbolisation des affects chez Carlos, avec un score de -0,33 point. Pour conclure sur l'analyse des indicateurs de l'IES, ils témoignent plutôt d'une mauvaise symbolisation des affects liés à l'agressivité et au sexuel. De plus, l'analyse du coefficient barrière/pénétration montre également la grande fragilité du système défensif de Carlos face à l'envahissement pulsionnel, puisque nous dénombrons trois pénétrations, contre aucune manifestation barrière. À propos de la capacité d'élaboration des affects, nous constatons tout d'abord, l'absence totale d'affect



dans le protocole. Nous avons précédemment évoqué l'existence d'un refus à la planche 9, qui est l'indicateur le plus fort d'une sidération de la capacité d'élaboration des affects (De Tychey et al., 2000). De plus, nous relevons 4 équivalents-chocs aux planches 3, 6, 9, et 10 dont le contenu latent réfère aux thématiques de l'identité sexuelle et de la relation à l'autre. Nous notons également la présence d'un choc K, à la planche 3 puisque Carlos est dans l'incapacité d'identifier un contenu humain. Quant à lui, l'IA% est très élevé (25 %), ce qui traduit l'incapacité de Carlos à gérer ses affects. Ainsi, au vu de tous ces indicateurs, nous postulons l'existence d'une importante difficulté d'élaboration des affects chez Carlos.

Pour conclure, les indicateurs de symbolisations et d'élaboration des affects sont tous les deux en défaveur d'une bonne capacité de mentalisation. De ce fait, l'analyse du test de Rorschach montre des difficultés importantes et indique une absence de processus résilient chez Carlos.

#### **2.4.1.3. Conclusion**

Les résultats obtenus par Carlos aux questionnaires, à l'entretien clinique et au test de Rorschach confirment les hypothèses 1 (Tableau 59). Pour ce premier temps, nous notons que Carlos fait preuve d'une forte dynamique défensive à travers des recours à la minimisation, à la banalisation ainsi qu'à la mise à distance des émotions par le factuel. Ainsi, la majorité des questionnaires est influencée par ces biais, rendant difficile leurs interprétations. De plus, nous notons l'impact de ces mécanismes de défense sur la dynamique de l'entretien puisqu'il est, par exemple, plus difficile d'identifier l'existence d'événements de vie difficiles ou traumatiques ou de diagnostiquer des psychopathologies. Ainsi, l'utilisation de la méthodologie projective nous permet de faire émerger les difficultés rencontrées par Carlos. En effet, nous observons une mauvaise qualité de symbolisation des affects et un niveau d'angoisse élevé. De ce fait, l'accumulation de cette pulsionnalité déclenche ses conduites alimentaires et sa consommation de tabac pour tenter de digérer le temps de l'incorporation, ses émotions, ainsi que son agressivité. Pour conclure, au vu des fragilités de Carlos, nous ne pouvons identifier de processus de résilience lors de son entrée dans le parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.

Tableau 59 : Cas de Carlos : synthèse des hypothèses 1 vérifiées

| Hypothèses   | Vérifiées<br>Oui/Non |
|--|----------------------|
| H1 a : Conformément à la littérature, la qualité de vie de nos sujets en situation d'obésité sévère ou massive serait altérée.   | Oui                  |
| H1 b : Au regard de la littérature scientifique, nous posons l'existence de TCA actuels ou passés dans la vie des sujets en situation d'obésité sévère ou massive.   | Oui                  |
| H1 c : Nous attendons que les sujets en demande de chirurgie bariatrique présentent des symptômes psychopathologiques présents ou passés (anxiété, dépression, tentatives de suicide, addictions, etc.).   | Oui                  |
| H1 d : Conformément à la littérature actuelle, nous attendons de trouver une prévalence d'événements de vie difficiles et traumatiques chez les personnes en situation d'obésité sévère ou massive.  | Oui                  |
| H1 e : Au vu de l'ensemble des psychopathologies observées dans la littérature chez les sujets en situation d'obésité sévère ou massive, nous attendons que notre population présente un faible niveau de mentalisation.   | Oui                  |
| H1 f : D'après les liens établis entre obésité, existence d'événements de vie difficiles et traumatiques et présence de psychopathologies, nous postulons une absence de processus résilient chez les patients au début du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique. | Oui                  |

## 2.4.2. La fin du parcours de préparation à la chirurgie (T1)

### 2.4.2.1. Entretien du T1

Notre seconde rencontre avec Carlos a lieu sept mois après la première, lors de la fin de son parcours de préparation à la chirurgie.

L'entretien débute par son ressenti quant au parcours qu'il vient de vivre. Ainsi, il estime que celui-ci a été, malgré les conseils de la diététicienne, « difficile à mettre en place ». Durant ce parcours, et ce, malgré les sollicitations du personnel soignant, Carlos n'aura pas entrepris de suivi psychologique. Actuellement, à cause de difficultés avec son entreprise, il nous dira être « beaucoup plus tendu que d'habitude » et être « souvent en colère ».

Lorsque l'on évoque son comportement alimentaire, il dira avoir réussi à diminuer ses quantités de nourriture même si persistent toujours « des dérapages ». Maintenant, il évite de grignoter entre les repas, « même si ce n'est pas facile tous les jours ». De ce fait, son alimentation reste compulsive, malgré une réduction de sa fréquence et de son intensité. D'ailleurs, malgré avoir fait attention à son alimentation, Carlos a repris du poids depuis notre dernière rencontre, environ 5 kilos. Concernant le tabac, l'obligation d'arrêter sa consommation pour pouvoir bénéficier de la chirurgie bariatrique, lui est difficile. Effectivement, à cause d'une période actuelle stressante, il a augmenté sa consommation.

Durant ce deuxième entretien, Carlos semble davantage être en difficulté pour contrôler son agressivité et souhaite faire de la boxe « pour évacuer toute la colère qu'il a au fond de lui ». De ce fait, nous observons que Carlos a toujours besoin de la voie comportementale pour libérer cette surcharge d'agressivité et de colère. Nous évoquons à nouveau avec lui la possibilité de commencer un suivi psychologique, ce qu'il refusera, n'en voyant toujours pas l'utilité. Pour conclure, nous constatons une évolution chez Carlos entre le début et la fin du parcours de préparation, avec notamment une réduction de ses comportements alimentaires. Cependant, l'arrêt du tabac reste délicat, notamment pour gérer sa colère. De ce fait, d'après l'entretien clinique et au vu de ses fragilités, Carlos ne montre toujours pas de processus résilient à la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.

#### **2.4.2.2. Données des questionnaires et du test de Rorschach au T1**

##### **2.4.2.2.1. Résultats des questionnaires au T1**

Nous décrivons de manière succincte l'évolution des résultats aux questionnaires de Carlos, qui ont été synthétisés dans un tableau (Annexe 26).

Tout d'abord, nous constatons une évolution de la qualité de vie déclarée par Carlos. En effet, les scores aux échelles santé perçues (GH), vitalités (VT), et vies et relations avec les autres (SF) montrent une augmentation de la qualité de vie entre les deux temps. Au contraire, les sous-dimensions activité physique (PF), limitations dues à l'état physique (RP) et limitations dues à l'état psychique (RE) soulignent une diminution de la qualité de vie. Ainsi, nous constatons une légère amélioration du score résumé psychique puisqu'il passe de 48,92 à 52,62. De son côté, le score résumé physique a diminué entre le début et la fin du parcours de préparation, passant de 32,73 à 29,20 (Annexe 26).

Concernant son alimentation, les données des questionnaires DEBQ et BES soulignent, tout comme l'entretien, une diminution générale des troubles alimentaires. En effet, le score de la BES a diminué, passant de 14, à 2 points. Pour le DEBQ, toutes les moyennes aux sous-échelles sont également réduites et inférieures au seuil de 3. Pour conclure, ces résultats correspondent à la dynamique observée durant l'entretien, c'est-à-dire à une diminution des troubles. Cependant, l'analyse des questionnaires conduit à une absence de trouble alimentaire lors du T1, contrairement aux données issues de l'entretien clinique qui montrent seulement une réduction de la fréquence et de l'intensité des troubles (Annexe 26).

Concernant les affects dépressifs et anxieux, les scores de l'HAD sont toujours inférieurs à la norme mais restent stables entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.

Pour l'alexithymie, nous constatons une augmentation des scores à la TAS entre les deux temps. En effet, Carlos semble avoir plus de difficultés à identifier ses sentiments et a tendance à avoir plus de pensées tournées vers l'extérieur. Ainsi, le score total à la TAS a augmenté passant de 60, à 66 points (Annexe 26). De ce fait, d'après le seuil de scores, son diagnostic d'alexithymie s'est renforcé durant le parcours de préparation à la chirurgie.

Enfin, concernant le questionnaire RSA, nous observons une légère augmentation du score de résilience entre le début et la fin du parcours de préparation, passant de 189, à 193 points (Annexe 26). Ainsi, ces résultats confirment les améliorations constatées lors de l'entretien clinique et dans les autres questionnaires. Cependant, ce score va à l'encontre de l'analyse des questionnaires et de l'entretien clinique. En effet, même si nous constatons une amélioration chez Carlos, ce dernier montre encore de nombreuses fragilités, ne pouvant conclure à l'existence d'un processus résilient. En ce sens, c'est pourquoi nous postulons, une nouvelle fois, l'existence de mécanismes de défense importants, influençant les scores au questionnaire RSA et conduisant Carlos à surestimer son niveau de résilience.

#### **2.4.2.2.2. Résultats du test de Rorschach au T1**

À la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique, nous observons une très légère diminution du nombre de réponses lors de la passation du test de Rorschach (Annexe 27). Effectivement, celui-ci passe de 12, à 11 réponses. De plus, Carlos exprime toujours un refus à la planche 7.

Concernant l'espace imaginaire, nous constatons une stabilité, voire une dégradation des indicateurs entre les deux temps de la recherche. Effectivement, l'ensemble des kinesthésies n'a pas évolué, ce qui ne correspond toujours pas aux normes attendues. Le F% est resté stable avec un score de 90,91 et est donc largement supérieur à la norme, ce qui souligne, une nouvelle fois, la difficulté de Carlos à faire face à l'émergence des affects. En observant le F+%, celui-ci a fortement augmenté pour passer de 54,5 à 80, ce qui indique un renforcement du conformisme et du contrôle lors du parcours de préparation à la chirurgie. Le A%, lui également, a fortement augmenté et est désormais supérieur aux normes, passant de 50 à 63,64. Ceci montre que Carlos recourt à une pensée conformiste hypertrophiée. Quant à lui, le nombre de banalités reste stable entre le T0 et le T1, comptant 4 occurrences. Le TRI et le FS n'ont pas évolué et sont respectivement de types coarté et introversif pur. Pour conclure, nous pouvons dire qu'une majorité de ces indicateurs est partisane d'une mauvaise qualité de l'espace imaginaire de Carlos à la fin du parcours de préparation. De plus, nous constatons une diminution de la qualité des indicateurs, signe d'un accroissement des fragilités de Carlos.

Sur le plan de la symbolisation des affects, nous ne dénombrons plus que 3 symbolisations dans le protocole contre 6 lors du premier temps, dont 2 agressives, et 1 phallique. Le score de l'IES général est de -0,33 point et souligne la mauvaise symbolisation des affects. Concernant l'IES agressivité, celui-ci reste inférieur au seuil de 0,5, avec un score de -0,5 point. Nous n'observons aucune symbolisation de type féminin/maternel. L'IES phallique est de 0 point. Ainsi, l'analyse des indicateurs de l'IES souligne, une fois encore, la pauvreté de la symbolisation des affects chez Carlos. Le coefficient barrière/pénétration est toujours en faveur d'une difficulté du système défensif face à l'envahissement pulsionnel. En effet, celui-ci correspond désormais à zéro signe barrière contre deux signes pénétration. Concernant la capacité d'élaboration des affects, Carlos est toujours en difficultés. En effet, tout comme lors du T0, il ne formalisera aucune réponse porteuse d'affects. L'IA%, quant à lui, a diminué et passant de 25 à 9, ce qui est maintenant en faveur d'une amélioration de la gestion des affects. Comme évoqué précédemment, Carlos n'exprime aucune réponse à la planche 7, tout comme lors du T0. De plus, nous notons l'absence de réponse humaine bien identifiée à la planche 3, ainsi que l'existence de trois équivalents-chocs aux planches 4, 8, et 10. Par conséquent, la majorité de ces indicateurs est favorable à une mauvaise capacité d'élaboration des affects au T1. Pour conclure, l'analyse du test de Rorschach du T1, comparativement au T0, tend vers une absence d'amélioration de la qualité de mentalisation chez Carlos, voire à une accentuation des mécanismes de défense (nombre de réponses, F%, F+%, A%), soulignant ainsi

une augmentation de ses fragilités. De ce fait, l'analyse du test de Rorschach est favorable à une absence de processus résilient lors de la fin du parcours de préparation, ce qui confirme les conclusions de l'entretien clinique. De plus, nous percevons une accentuation du fonctionnement défensif dans certains questionnaires, comme celui de la RSA.

### **2.4.2.3. Conclusion**

Les résultats obtenus par Carlos aux questionnaires, à l'entretien clinique et au test de Rorschach valident partiellement les hypothèses 2 (Tableau 60). En effet, nous observons tout d'abord, une évolution mitigée de la qualité de vie de Carlos. De plus, nous constatons une augmentation de l'agressivité et de la colère chez ce dernier, ayant pour conséquences des difficultés pour arrêter le tabac. Néanmoins, nous pouvons noter des diminutions de l'intensité et de la fréquence des troubles alimentaires. Pour conclure, il apparaît que Carlos rencontre toujours des difficultés à exprimer ses affects et maintient un fonctionnement défensif important. Celui-ci l'empêche de mobiliser les capacités de son environnement pour faire face à ce vécu pulsionnel, notamment, par exemple, à travers la mise en place d'un suivi psychologique. Cependant, Carlos semble mesurer l'importance et la nécessité de gérer autrement ses émotions, par son souhait de commencer la boxe pour canaliser son agressivité. Selon nous, ce désir souligne l'incapacité de Carlos à exprimer ses émotions autrement que par une expression pulsionnelle purement comportementale. Ainsi, l'analyse des résultats des questionnaires, de l'entretien clinique et du test de Rorschach est en faveur d'une absence de processus résilient chez Carlos.

Tableau 60 : Cas de Carlos : synthèse des hypothèses 2 vérifiées

| Hypothèses  | Vérifiées<br>Oui/Non |
|---|----------------------|
| H2 a : À la suite du parcours de préparation, nous attendons d’observer une amélioration de la qualité de vie, notamment à la sous-échelle de qualité de vie psychologique.   | Non                  |
| H2 b : Nous supposons une diminution des TCA en termes de fréquence et d’intensité entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.  | Oui                  |
| H2 c : À la fin du parcours de préparation à la chirurgie, nous attendons une diminution des psychopathologies, notamment de l’anxiété, de la dépression et des addictions.   | Non                  |
| H2 d : Nous envisageons une amélioration de la qualité de mentalisation chez les patients entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.   | Non                  |
| H2 e : Au vu de l’amélioration attendue en termes de psychopathologies et de mentalisation, nous postulons également une amélioration du processus résilient chez les sujets en situation d’obésité sévère ou massive entre le début et la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique. | Non                  |

# POSITIONNEMENT DANS LA RECHERCHE

Comme évoqué en préambule, le choix d'une thématique de recherche est nourri par des motivations personnelles, inhérentes à la personnalité et aux désirs du chercheur. De ce fait, il est opportun d'analyser l'influence de ces motivations sur la recherche, mais également sur les relations entre le psychologue/chercheur, les patients et l'équipe d'accueil. Pour commencer, nous évoquerons notre positionnement personnel, avant de proposer une réflexion sur la relation entre les sujets et l'acte de recherche. Pour terminer, nous décrirons les implications de la recherche pour l'équipe et le service du CHRU de Nancy.

## 1. Positionnement personnel

### 1.1. Les manifestations contre-transférentielles

Depuis les apports de Freud, nous savons que le contre-transfert joue un rôle primordial dans la relation entre le sujet et son thérapeute. Pour Freud, il renvoie à « l'influence du malade sur les sentiments inconscients de l'analyste » (Freud, 1910). Ainsi, le contre-transfert correspond à « l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci » (Laplanche et al., 1967). Ces auteurs poursuivent en indiquant que ces manifestations contre-transférentielles peuvent être utilisées, « tout en les contrôlant » (Laplanche et al., 1967) et nous invitent à penser que « chacun possède en son propre inconscient un instrument avec lequel il peut interpréter les expressions de l'inconscient chez les autres » (Freud, 1913). De plus, le contre-transfert permettrait également de guider son interprétation, en s'appuyant sur l'étude de ses réactions et de ses émotions ressenties dans l'interaction (Laplanche et al., 1967).

Dans le cadre de ce travail, j'ai régulièrement pris en compte ces manifestations contre-transférentielles afin de guider mes entretiens cliniques. J'illustrerai cela avec le cas d'Alison, une patiente qui camouflait ses problèmes derrière une attitude volubile. Lors de notre rencontre, j'ai éprouvé des difficultés à canaliser ce flot continu de paroles. En effet, lorsque je posais des questions, Alison répondait succinctement, puis par association d'idées, évoquait rapidement d'autres choses comme son métier de monitrice d'auto-école et la législation



routière. Dans ce contexte, je devais régulièrement recentrer la dynamique de l'entretien pour tenter d'obtenir des éléments permettant de répondre à la problématique de recherche. Après plusieurs relances, je ressens alors un contre-transfert négatif, teinté d'un certain agacement lié notamment à l'influence d'un transfert caractérisé par des mécanismes de défense importants. Enfin, lors d'une énième relance, l'ambiance change soudainement pour devenir pesante. Je ressens alors un mélange de colère et de tristesse. Subitement, Alison s'arrête de parler, laissant place au langage corporel. Ses jambes bougent à un rythme effréné. Ses mains se crispent et son regard se perd dans le vide. C'est alors à ce moment que je lui dis : « j'ai l'impression de ressentir beaucoup de colère, et de tristesse chez vous ». Alison s'effondre alors en sanglots avant d'évoquer l'abus sexuel dont elle a été victime. Ainsi, ces quelques mots, basés sur la prise en compte de ces mouvements transféro contre transférentiels, ont orienté la dynamique de l'entretien. De plus, cette analyse a permis d'accompagner et de faciliter l'émergence d'un discours moins factuel chez Alison.

Lors des entretiens, j'ai été confronté à des expressions défensives plus ou moins prononcées. J'illustrerai l'une d'entre elles avec le cas de Sébastien, qui recourut à de nombreux mécanismes de défense lors de notre premier entretien et qui s'est ensuite désengagé de la recherche à notre seconde rencontre. À l'issue de la présentation de la recherche, Sébastien se présente comme « quelqu'un qui aime réfléchir sur lui-même, qui prend régulièrement le temps pour réaliser une introspection personnelle ». Ainsi, il accepte volontiers de participer à cette recherche car « ça sera une occasion de plus pour s'introspecter ». De ce fait, de prime abord, j'envisage plutôt positivement l'entretien et relâche quelque peu mon attention quant à l'analyse des expressions défensives. En effet, venant de clore un entretien compliqué avec un autre patient quelques minutes plus tôt, une certaine fatigue était suffisamment présente pour que les quelques mots de Sébastien suffisent à mon relâchement soudain. Effectivement, il n'est pas sans rappeler que les entretiens avec des sujets ayant une relativement bonne capacité d'introspection sont souvent plus souples à mener. Cependant, après quelques minutes, je me rends à l'évidence que Sébastien développe un discours factuel où toutes ses difficultés sont habilement banalisées. Effectivement, celles-ci sont prépondérantes d'autant plus lorsque je lui propose des interprétations de ses émotions en les liant aux événements décrits. Suite à cet entretien, Sébastien n'exprimera aucun désir de suivi psychologique « car [il] sai[t] faire ce travail tout seul » et refuse la relation à l'autre. La fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique approchant, nous avons pris, avec son accord, rendez-vous ensemble juste avant sa consultation avec le médecin-nutritionniste. Le moment venu, je retrouve Sébastien dans la

salle d'attente et c'est à cet instant qu'il m'informe ne plus vouloir participer à la recherche. De ce fait, je lui demande la raison de cet arrêt afin de recueillir son ressenti et son avis sur la recherche. Sans davantage motiver sa décision, il me dira alors que « ça ne [l']intéresse plus et que de toute façon ça prend trop de temps ». Je remercie donc Sébastien et le salue. Comme prévu, deux heures plus tard, il rencontre le médecin-nutritionniste. Suite à cette entrevue, elle me sollicite afin d'échanger sur son cas. De ce fait, je l'informe de son souhait d'arrêter la recherche. De son côté, elle évoque un report de l'intervention chirurgicale car Sébastien n'a pas investi de façon satisfaisante le parcours de préparation à la chirurgie. Effectivement, il n'a ni participé aux groupes de préparation, ni initié un suivi psychologique comme exigé par la psychiatre. Face à ce refus d'intervention chirurgicale, Sébastien fera savoir qu'il ira se faire « opérer dans une clinique privée ». Pour conclure, comme observé durant notre premier entretien, cette issue confirme que Sébastien recourt à une forte expression défensive l'empêchant d'investir toutes prises en charge qui mobiliseraient et demanderaient d'évoquer ses émotions.

## **1.2. La place du psychologue/chercheur**

Comme évoqué en préambule, mes motivations personnelles étaient de contribuer à offrir au patient en situation d'obésité une place de sujet afin de repositionner sa maladie et ses symptômes au sein de sa propre subjectivité et souffrances. Ainsi, ce travail de psychologue/chercheur fut une véritable source de satisfactions et de reconnaissances, notamment lorsque les sujets formulaient les bénéfices de cette recherche. Cependant, il me semble que ces apports sont davantage inhérents à la position de psychologue endossée durant les entretiens, qu'à celle de chercheur. Cette réflexion autour de la place du psychologue/chercheur a été l'une des thématiques longuement réfléchies durant mon analyse. Effectivement, en tant que chercheur, je me devais de recueillir objectivement le discours du sujet, et ce, en influençant le moins possible l'avenir. À l'inverse, en tant que psychologue, je ne pouvais pas recueillir ces informations de manière aussi neutre, car mon action devait être vécue le plus humainement possible. De plus, nouer une relation de confiance et de bienveillance avec le patient durant les entretiens cliniques, était primordial. Caractéristique d'une posture de psychologue, cette confiance a facilité mon recueil de données, notamment celles soumises aux mécanismes de défense, tel que le vécu d'événements de vie difficiles et traumatiques. Ainsi, je pense que j'ai privilégié cette position de psychologue durant cette recherche. De ce fait, mon recueil de données fut de meilleure qualité lors du premier temps de

la recherche, mais a toutefois, eu un impact considérable sur la vie du sujet (décision de faire une psychothérapie, vécus différents des groupes de préparation, etc.) et donc, sur les résultats obtenus lors du second temps de la recherche.

Pour conclure, nous pouvons souligner l'influence de la place du psychologue/chercheur sur le type de recherche. Effectivement, celle-ci nous semble être caractéristique d'une recherche-action, car elle « peut susciter chez les participants une meilleure prise de conscience de leurs propres ressources et les mobiliser en vue d'un développement endogène » (Fernandez & Pedinielli, 2006).

## **2. Du côté des patients : la participation à une recherche**

Durant la réalisation de ce travail, une question s'est régulièrement posée : pourquoi les patients acceptent-ils de s'engager à long terme dans un travail de recherche ? Ce questionnement nous semble être d'autant plus valable, qu'à l'origine, la demande de recherche émane majoritairement du chercheur. Effectivement, pour mener à bien son travail, il doit impérativement rencontrer des patients qui acceptent de devenir « sujets » de recherche. Pour ce faire, nous avons organisé des rencontres avec les sujets pour la leur présenter. Telle fut notre surprise de constater que la quasi-majorité des patients nous donnaient leurs accords. Ainsi, nous avons pu observer un processus d'appropriation de la recherche, similaire à l'élaboration d'une demande de soins. Pour chaque sujet, cette appropriation s'exprimait avec une argumentation personnelle, qui illustre souvent, le transfert et la dynamique que l'on observe durant l'entretien clinique. Certains évoquaient des raisons altruistes, comme Claude qui voulait que son expérience serve à d'autres : « si ça peut aider les suivants à aller mieux, pour ne pas en arriver là », ou même Christian qui souhaitait faire un don de soi : « si ça peut faire avancer les choses, je veux bien donner mon corps à la science (rire) », ou encore Hélène qui était dans l'identification « vous me faites penser à mon fils qui lui aussi réalise une thèse et qui a des difficultés pour rencontrer des gens, je veux vous aider ». Pour d'autres, ce sont plutôt des motivations internalisées, comme Agnès qui dira « de toute façon ça ne peut faire que du bien », ou Patrice dont « c'est une occasion supplémentaire pour réfléchir sur soi... j'aime beaucoup réfléchir, me poser des questions », ou encore Caroline, qui envisageait de débiter un suivi psychologique, « ça tombe bien je voulais faire un suivi psychologique » et qui après lui avoir spécifié que cette recherche n'était pas une psychothérapie, répondra « ce n'est pas grave, c'est toujours une occasion d'avoir un autre point de vue, d'avancer ».

Cependant, derrière toutes ces explications conscientes, nous inférons l'existence de motivations inconscientes chez ces patients, nourrissant d'autant plus la dynamique de transfert. Effectivement, il nous semble que, symboliquement, la participation à une recherche sur l'obésité vient mobiliser chez ces sujets, leur désir de comprendre leurs problèmes et de tenter d'y répondre. Autrement dit, ils cultivent l'espérance que cette recherche permette de donner du sens, où il n'y en a pas eu pour eux, par exemple, lors d'événements de vie difficiles et traumatiques. Ces attentes se repèrent notamment à travers les nombreuses interactions : « qu'est que vous en pensez, vous ? », « mais vous, vous savez », ou encore plus subtilement chez la majorité d'entre eux, en remplaçant le mot "monsieur" par celui de "docteur", qui, inconsciemment et symboliquement, renvoie au statut de celui qui sait, d'un supposé savoir. L'ensemble de ces manifestations conscientes ou inconscientes influence donc la dynamique de transfert. Cependant, elles peuvent entrer en contradiction avec le besoin de tenir à distance les souffrances vécues, pour s'en protéger. Cette ambivalence s'observe nettement dans les situations où le sujet souhaite participer à la recherche, mais qui ensuite, recourt à de nombreux mécanismes de défense. Par conséquent, ceci influence considérablement les résultats, comme nous l'avons régulièrement souligné tout au long de notre travail.

Les sujets, en participant à une étude, contribuent à l'avancée de la recherche et apportent au chercheur, une satisfaction, qui est celle de répondre à son désir épistémophilique. À l'inverse, le psychologue/chercheur apporte, à travers la recherche, quelque chose au sujet. Effectivement, nombreux sont les patients mesurant l'apport de cette rencontre, plus ou moins explicitement, comme Patricia, « quand je suis rentrée tout à l'heure, je ne pensais pas dire tout ça... mais là, ça va mieux », ou Caroline qui nous appellera quelques mois après notre entretien, pour nous dire qu'elle a « mis en place un suivi psychologique, mais que lui, [le psychologue], ne comprend rien » et qu'elle a « l'impression de ne plus avancer » puis poursuivra « vous ne faites pas de libéral par hasard, je peux me déplacer, vous savez ? », ou bien encore, Christian qui, dans le couloir en le raccompagnant à sa chambre, nous murmurera « vous savez, normalement je ne dis jamais rien, et surtout je ne pleure jamais... Mais je dois avouer que ça fait du bien de vider son sac ». Ainsi, ce temps de recherche est vécu par la majorité des patients comme une opportunité de déverser la charge émotionnelle accumulée et contenue, en tentant d'y rattacher du sens. L'objet recherche peut donc être assimilé à « un tiers » entre le psychologue/chercheur et le sujet. De ce fait, l'action du psychologue via ce tiers permet de mobiliser, chez le patient, un processus psychique. Pour conclure, la participation à la recherche influence le parcours du sujet car elle conduit ce dernier à s'introspecter. Ainsi, elle peut

possiblement l'aider à trouver des solutions qui lui permettront de surmonter ses difficultés, en convoquant peut-être, comme chez Renée, un processus résilient.

### **3. Au sein de l'équipe**

Après avoir évoqué mon positionnement personnel et l'implication de la recherche sur le sujet, nous allons désormais nous centrer sur l'influence de celle-ci au sein de l'équipe du service UMCO du CHRU de Nancy. En effet, cette recherche implique des changements dans les pratiques et également un engagement qui doivent être acceptés par l'équipe pour rendre possible sa réalisation. De ce fait, nous avons dû organiser régulièrement des réunions afin d'exposer les intérêts et les apports possibles de la recherche, le tout pour concevoir des plans d'action indispensables à sa mise en œuvre. Ainsi, nous avons pu constater que cette recherche a modifié certaines pratiques et a contribué à une réflexion générale sur l'obésité et sa prise en charge au sein du service.

Tout d'abord, l'inscription du service dans une dynamique de recherche nécessite d'améliorer la qualité des données recueillies en routine. Par exemple, avant la recherche, la passation des questionnaires était réalisée à fur et à mesure dans la journée ce qui avait entre autres pour conséquences, de nombreux oublis d'items, les rendant inexploitable. Ainsi, pour éviter ces pertes et améliorer ce recueil, un créneau et un lieu ont été aménagés, permettant ainsi une réalisation plus standardisée des passations, désormais accompagnées par le personnel soignant. De plus, une fois complété par le patient, chaque questionnaire est immédiatement vérifié, pour être éventuellement corrigé, avant d'être saisi informatiquement.

Ensuite, l'acte de recherche et ma présence en tant que psychologue chercheur conduisent nécessairement à des interactions avec le personnel soignant. De ce fait, j'ai répondu à leurs sollicitations relatives à l'obésité, en leur expliquant, par exemple, les psychopathologies associées à celle-ci ou encore les liens avec les événements de vie difficiles et traumatiques. Ainsi, ces échanges ont conduit le personnel à une meilleure compréhension des déterminants psychologiques en jeu dans l'obésité et donc, à mieux apprécier la subjectivité des patients.

Pour conclure, cette recherche a cristallisé une dynamique d'équipe permettant d'améliorer qualitativement la prise en charge proposée grâce à une meilleure connaissance des processus psychologiques inhérents au sujet en situation d'obésité. De plus, la nécessité de standardisation des données cliniques pour les besoins de la recherche a également conduit à réinterroger les pratiques.

## DISCUSSION

Dans cette partie, nous discuterons les résultats observés en nous référant à la littérature. La première idée avancée dans ce travail est que les sujets en situation d'obésité demandant une chirurgie bariatrique présentent de nombreuses difficultés. Tout d'abord, les patients montrent une forte altération des qualités de vie physique et mentale, résultats confirmés par ceux de la littérature (Doll, Petersen, & Stewart-Brown, 2000; Ramada Faria, Nunes Santos, & Simonson, 2017). En effet, ils correspondent aux scores des études avec les moyennes de qualité de vie les plus faibles. Ainsi, lors du début du parcours de préparation, notre échantillon présente une altération des qualités de vie physique et mentale, bien que celle-ci est plus forte à la dimension physique. Pour les troubles du comportement alimentaires, nos résultats sont conformes à ceux de la littérature. Cependant, lorsque l'on étudie les prévalences des différents troubles, nos résultats sont nettement supérieurs aux données publiées dans ce type de population. Par exemple, nous identifions près de 57 % de BED à l'entrée dans le parcours de préparation à la chirurgie bariatrique, alors que les prévalences observées dans la littérature se situent plutôt autour des 30 % (Ziegler et al., 2017). Cette différence peut être attribuée à notre approche diagnostique puisque cette prévalence correspond à celle identifiée de manière rétrospective lors du T1. En effet, la prévalence de BED au T0 était de 35 %, ce qui correspond à celle de la littérature. Ainsi, ces résultats montrent la difficulté à diagnostiquer les troubles alimentaires en début de parcours de préparation à la chirurgie, avant même que les patients n'aient été sensibilisés à les identifier et rassurés quant aux conséquences favorables de ce diagnostic. Le constat est identique pour les NES, puisque nous identifions près de 28 % d'antécédents contre au maximum 20 % dans la littérature (Mitchell et al., 2015; Zwaan et al., 2015). Ainsi, les troubles alimentaires avec une forte compulsivité concernent 83,65 % de nos sujets la vie durant, contre 31,2 à 78,5 % dans la littérature (He et al., 2017; Mitchell et al., 2015; Quenot et al., 2012). Les autres psychopathologies sont conformes aux données de la littérature car nous constatons également une prévalence élevée d'antécédents d'anxiété, de dépression et d'addictions, respectivement 27 %, 65 % et 63 %. (Marek et al., 2016; Marín-Navarrete et al., 2016). Pour conclure, comme rapporté dans la littérature, nos sujets en demande de chirurgie bariatrique ont des prévalences de psychopathologies nettement supérieures à celles de la population générale, voire des prévalences supérieures à celles de la littérature sur la chirurgie bariatrique.

La seconde idée concerne la présence d'antécédents d'événements de vie difficiles et traumatiques pouvant expliquer les fragilités et les difficultés identifiées dans cette population. Nombreux sont les patients en situation d'obésité à présenter des antécédents d'abus de différentes natures. Ainsi, 16,34 % de nos patientes ont subi des abus sexuels, ce qui correspond aux prévalences identifiées dans la littérature qui sont comprises entre 11,5 et 29,6 % (Oppong et al., 2006; Quenot et al., 2012). Il en va de même pour les abus physiques dont les prévalences s'élèvent toutes deux à 34,5 %. (Anda et al., 2006; Chartier et al., 2009; D'Argenio et al., 2009; Davis et al., 2014; Grilo et al., 2005, 2006; Hollingsworth et al., 2012; McIntyre et al., 2012; Quenot et al., 2012; Salwen et al., 2014). Toutefois, nous identifions une prévalence plus importante d'abus psychologiques au sein de notre population. En effet, 61 % de nos sujets présentent ce type de vécu contre une prévalence comprise entre 10,2 et 46 % dans la littérature (Anda et al., 2006; Davis et al., 2014; Grilo et al., 2005, 2006; Gunstad et al., 2006; Hollingsworth et al., 2012; Salwen et al., 2014; Sansone et al., 2008). Concernant les négligences physiques, 16,5 % de notre échantillon déclare en avoir subies, ce qui confirme les résultats de la littérature compris entre 9,1 et 32,1 % (Grilo et al., 2005, 2006; Hollingsworth et al., 2012; Salwen et al., 2014; Sansone et al., 2008). Pour les négligences émotionnelles, nous observons une prévalence bien plus élevée car ces situations concernent 90,5 % de notre échantillon, contre 8 à 49,6 % pour les précédentes études (Grilo et al., 2005, 2006; Hollingsworth et al., 2012; Salwen et al., 2014; van Reedt Dortland et al., 2012). Quant à eux, les antécédents de deuils difficiles concernent 58,5 % des sujets, ce qui est très supérieur à la littérature (Quenot et al., 2012). Ainsi, ces événements de vie difficiles et traumatiques correspondent aux prévalences de la littérature, excepté pour celles des deuils difficiles, des abus et négligences émotionnels qui y sont supérieures. Or, il a été démontré que chez les patients en situation d'obésité, de tels événements affectent le développement émotionnel. Effectivement, aujourd'hui, il y a consensus quant à l'existence d'une dérégulation émotionnelle chez ces sujets (Aviram-Friedman, Astbury, Ochner, Contento, & Geliebter, 2018; Micanti et al., 2017). Nos résultats confirment également cette difficulté de la gestion des émotions puisque les scores à la TAS indiquent que la majorité des patients présente des difficultés pour exprimer leurs émotions, comme le souligne la littérature (Fernandes, Ferreira-Santos, Miller, & Torres, 2018). Néanmoins, l'entretien clinique et le test de Rorschach donnent une prévalence bien plus importante puisque la quasi-totalité des sujets de notre étude présente des difficultés d'expression émotionnelle. Ainsi, dans la continuité des travaux de la littérature, notre analyse des données du test de Rorschach rend compte de cet abrasement affectif (Mariage et al., 2008). D'ailleurs, « si on considère l'alexithymie comme mécanisme de défense, il est

incontestable qu'elle représente un facteur de complication de l'évolution et de la prise en charge de l'obésité en limitant par exemple l'implication du patient dans la relation thérapeutique » (Mariage et al., 2008). C'est également ce que nous avons démontré puisque les patients "discordants" qui présentent une rigidité défensive contre l'émergence émotionnelle, présentent aussi une plus grande difficulté à investir un suivi psychologique sur le long terme.

Enfin, la troisième idée de ce travail est de considérer le concept de résilience comme une théorie synthétisant l'ensemble des manifestations psychopathologiques identifiées. Le degré de résilience du sujet devient alors un marqueur psychodynamique de sa reconstruction psychique après un ou des événements de vie difficiles et traumatiques, en dehors de toutes psychopathologies. Ainsi, nous avons montré que les sujets sévèrement obèses en demande de chirurgie bariatrique présentaient des fragilités et des difficultés majeures, signant l'absence de processus résilient lors de leur entrée dans le parcours de préparation. Cette association liant concept de résilience et obésité sévère n'a jamais été décrite à notre connaissance dans la littérature. L'absence de processus de résilience chez ces patients qui ont eu une trajectoire de vie difficile, souligne la nécessité de leur proposer une prise en charge adaptée sur le long terme permettant de favoriser le travail de mentalisation nécessaire pour améliorer leurs capacités d'adaptation. Les résultats obtenus au second temps de cette recherche renforcent le constat initial : la quasi-totalité des sujets présente toujours de nombreuses fragilités au niveau de leur capacité de mentalisation, en dépit d'une amélioration notable. Ainsi, celles-ci signent, une nouvelle fois, l'absence de dynamique résiliente lors de la fin du parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.

Les apports de ce travail peuvent être analysés selon deux axes de réflexion. Le premier est théorico-clinique, et le second, méthodologique. Tout d'abord, comme souligné à plusieurs reprises, cette recherche expose la nécessité théorico-clinique d'un dispositif thérapeutique favorisant l'émergence de la mentalisation chez les patients en situation d'obésité sévère en demande de chirurgie bariatrique. Ainsi, une collaboration accrue entre le médecin et le psychologue est cruciale afin de renforcer le lien entre le corps et le fonctionnement intrapsychique. En effet, le parcours de préparation d'orientation cognitivo-comportementale actuellement proposé avant la chirurgie est efficace pour commencer une prise en charge initiant ces changements. Toutefois, il ne peut pas se substituer à un travail d'introspection favorisant la mentalisation. Pour conclure, notre recherche préconise que ce parcours de préparation puisse être associé à un travail psychothérapeutique centré sur la gestion des



émotions sous-jacentes aux conduites alimentaires et aux psychopathologies observées, à savoir sur les éprouvés liés aux vécus d'événements de vie difficiles et traumatiques.

Méthodologiquement, cette recherche souligne les difficultés de la psychométrie, basée sur la réponse à des auto-questionnaires et l'intérêt de privilégier les approches qualitatives. En effet, les dynamiques inconscientes (mécanismes de défense) des sujets en situation d'obésité influencent plus fortement les évaluations quantitatives (questionnaires), que les approches qualitatives (entretiens cliniques et test projectif) qui donnent au clinicien de plus larges possibilités d'investigation. Ainsi, cette recherche questionne la validité des résultats de la littérature qui utilisent uniquement une méthodologie quantitative. Effectivement, nous pouvons supposer que les dynamiques inconscientes observées dans notre échantillon ont également influencé négativement les résultats de ces études (sous-déclaration), limitant de fait, la portée de leurs résultats. Cette recherche signe la présence d'une logique interne entre les résultats observés aux questionnaires et les dynamiques intrapsychiques identifiées lors de l'entretien clinique et du test de Rorschach. En effet, les sujets sous-déclarant lors des questionnaires, présentent une rigidité défensive contre les émotions lors de l'entretien clinique, et montrent également une gestion de l'angoisse plus compliquée au test de Rorschach. De plus, nous avons montré que ces patients défensifs investissaient moins le parcours de préparation à la chirurgie et le suivi psychologique, limitant la dynamique de changement. Ainsi, cette étude souligne l'intérêt d'étudier de façon plus approfondie l'expression des affects chez les sujets en situation d'obésité, la rigidité de leurs mécanismes de défense et leurs capacités à investir l'autre comme possible tuteur de résilience.

Notre recherche, pour novatrice qu'elle soit, rencontre néanmoins plusieurs limites. Tout d'abord, l'ancienneté de l'obésité n'est pas incluse dans nos analyses alors que celle-ci peut, avec le temps, impacter considérablement le fonctionnement psychique du sujet. Ensuite, nous avons constaté un recours massif aux fonctionnements défensifs durant le parcours de préparation, sans pour autant pouvoir étudier son évolution de façon approfondie. Enfin, l'évaluation des psychothérapies (appropriation de la demande de soin psychique, adhésion au thérapeute et à la thérapie proposée, et sentiment d'évolution grâce à la psychothérapie) se base exclusivement sur le discours du sujet. Ainsi, dans ce contexte défensif, l'analyse du travail psychothérapeutique par le thérapeute lui-même, nous aurait permis d'apprécier plus justement la qualité de la relation, mais aussi l'adhésion du patient à une prise en charge psychologique.

# CONCLUSION

L'obésité sévère reste une maladie chronique difficile à soigner car le développement en excès du tissu adipeux, comme la résistance à la perte de poids, met en jeu de multiples mécanismes ou déterminants bio-psycho-sociaux. En effet, même les interventions chirurgicales, qui montrent pourtant des résultats spectaculaires à court et moyen termes, ont leurs limites sur le long terme. L'enjeu de cette thèse était d'identifier le fonctionnement psychique des sujets en situation d'obésité sévère ou massive, et d'en voir l'évolution lors d'un parcours de préparation à la chirurgie bariatrique.

Les résultats de cette recherche ont montré que les sujets en situation d'obésité en demande de chirurgie bariatrique présentaient de nombreuses co-morbidités somatiques et fragilités psychiques (qualité de vie, TCA compulsifs, dépressions, anxiété, addiction, et autres psychopathologies) au début du parcours de préparation à la chirurgie. De plus, nous avons souligné leurs difficultés à gérer et mentaliser leurs affects, indiquant une absence de processus résilient. Celles-ci sont causées par une prévalence élevée d'événements de vie difficiles et traumatiques dans l'enfance et l'adolescence, notamment des abus et des négligences émotionnelles. À la fin du parcours de préparation à la chirurgie, nous avons constaté une réduction de la fréquence et de l'intensité des difficultés psychiques des patients, démontrant ainsi, les effets positifs du dispositif thérapeutique proposé par le CHRU de Nancy. Néanmoins, nous n'avons pas observé d'amélioration significative de leur capacité de mentalisation, soulignant, une nouvelle fois, l'absence de processus résilient. Ce travail nous a également permis de mettre en évidence le recours massif aux mécanismes de défense chez les sujets caractérisés par un profil "discordant" pour les réponses aux auto-questionnaires. De plus, les sujets ayant ce profil "discordant", associé à une certaine rigidité mentale, diffèrent significativement des autres sujets par leurs réponses non seulement aux questionnaires, mais aussi à l'entretien clinique et au test de Rorschach. Enfin, à l'issue du parcours de préparation à la chirurgie, ces difficultés semblent avoir limité leur capacité à s'y impliquer et à investir un possible tuteur de résilience.

De ce fait, cette recherche confirme la nécessité « d'une approche globale de la personne » en situation d'obésité lorsqu'elle est demandeuse d'une chirurgie bariatrique (É. Bertin, Klopp, & Hennequin, 2007). Plus précisément, la prise en compte de l'histoire de vie du patient et de ses répercussions intrapsychiques apparaît primordiale et justifie en soi,

l'engagement dans un travail psychothérapeutique. Dans ce contexte, le concept de résilience permet un abord synthétique de l'ensemble de la trajectoire psycho-sociale du sujet et aide à la compréhension de son équilibre somato-psychique. Nous souhaitons également souligner l'intérêt d'approfondir la question de la demande de soin psychique qui permettrait de co-construire une alliance thérapeutique avec le sujet et qui soit à même de favoriser le travail de réélaboration. Pour ce faire, une coopération doit s'établir entre le thérapeute et le service spécialisé de l'obésité où est pris en charge le patient. De plus, il semblerait opportun de proposer des formations à ces thérapeutes, pour premièrement, lutter contre les stéréotypes, et secondairement, les sensibiliser aux liens entre l'obésité, les troubles alimentaires, les psychopathologies et les événements de vie difficiles et traumatiques.

Durant notre travail, de nouveaux questionnements ont émergé sans que nous puissions les explorer. De ce fait, cinq perspectives de recherche s'avèrent être porteuses d'intérêt pour l'avenir. Tout d'abord, nous nous interrogeons sur le devenir intrapsychique des sujets après une chirurgie bariatrique. Effectivement, plusieurs questions se posent alors : l'absence de dynamique résiliente chez les patients avant la chirurgie impactera-t-elle les effets à moyen et long termes ? La chirurgie conduira-t-elle à une rigidification du fonctionnement intrapsychique du sujet ? La chirurgie permettra-t-elle une "réanimation psychique" du sujet ? Ainsi, nous nous efforcerons de répondre à ces interrogations en poursuivant cette étude longitudinale, dans le cadre d'un accueil post-doctoral. Une seconde perspective interrogerait les différences interculturelles de l'obésité sévère. En effet, il nous semble profitable de comparer des cohortes issues de différents pays afin d'identifier l'influence des facteurs culturels sur l'obésité et voir si celle-ci, reste associée à des psychopathologies, à des TCA et à des événements de vie difficiles et traumatiques. Dans cette perspective, nous avons mis en place un partenariat de recherche avec l'Université de Bourgogne Franche-Comté et l'Université d'Istanbul en Turquie. Une troisième perspective s'inscrirait dans la continuité des travaux portant sur la place de l'obésité dans les dynamiques familiales (Cuynet, Sanahuja, & Bernard, 2012). En effet, une récente étude montre que la chirurgie bariatrique modifie les relations interpersonnelles des sujets, conduisant notamment à une augmentation des divorces (Bruze et al., 2018). De ce fait, il nous semble intéressant d'étudier les influences d'une perte de poids massive suite à un acte chirurgical, sur le système familial. Une quatrième perspective serait d'entrecroiser l'ensemble de nos données avec d'autres, issues par exemple, de l'histoire ou du type d'obésité du sujet. De la sorte, nous pourrions identifier des corrélations entre les données somatiques et psychiques, comme entre le degré ou le type de l'obésité et les

événements de vie difficiles et traumatiques rencontrés par le sujet. Enfin, une autre thématique de recherche qu'il nous paraît opportun d'explorer est celle de l'obésité infantile car la majorité des événements de vie difficiles et traumatiques identifiés à l'âge adulte, remontent en fait, aux périodes de l'enfance et de l'adolescence. Dans ce contexte, l'étude des facteurs intrapsychiques de l'obésité infantile serait nécessaire pour améliorer les dispositifs thérapeutiques actuellement proposés aux enfants et adolescents.

Pour finir, les perspectives de recherches associées à notre travail sont nombreuses car, malgré la prévalence élevée de l'obésité, ce champ d'études reste encore peu exploré en psychologie. Or, plus l'obésité deviendra une thématique de recherche en psychologie clinique, plus la dimension subjective sera considérée dans la relation avec les soignants. Dès lors, le patient en situation d'obésité deviendra un partenaire de soins où « la vision [ne sera] donc plus celle d'un patient passif, contraint, mais d'un patient inscrit dans une dynamique, qui interagit, apprend, à son rythme, selon ses capacités et des potentialités qu'il s'agit d'identifier et d'en favoriser l'expression » (Flora et al., 2015).

# CONTRIBUTIONS SCIENTIFIQUES

## Articles avec comité de lecture :

Mathieu, J., Lévy, B., Ziegler, O., Lighezzolo-Alnot, J.. (2018, Accepté) Obésité et traumatisme : vers une approche subjectivante de la question, *Bulletin de psychologie* (Accepté le 9/03/2018)

Ziegler O., Mathieu, J., Bohme, P., Witkowski, P.. (2017). Le Binge Eating Disorder en 2017 : de l'impulsivité à la compulsivité, les ouvertures du DSM-5. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 11(3), 237-245. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(17\)30063-9](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(17)30063-9)

## Communications à colloques :

Mathieu, J. & Lighezzolo-Alnot, J. (Juin 2018). Traumatismes, résilience et somatisation : Perspectives applicatives chez des patients en situation d'obésité. Communication présentée au 4<sup>ème</sup> Congrès International sur la résilience, Marseille (France)

Mathieu, J. & Lighezzolo-Alnot, J. (Juin 2018). Parcours de soins et résilience : quels indicateurs d'évolution ? Approche clinique auprès de patients candidats à une chirurgie bariatrique. Communication présentée au 4<sup>ème</sup> Congrès International sur la résilience, Marseille (France)

Mathieu, J. & Lighezzolo-Alnot, J. (Juillet 2017). Obésité, gastroplastie et résilience : processus de mentalisation, mécanismes de défense et Rorschach. Communication présentée au 22<sup>ème</sup> congrès Internationale du Rorschach et des méthodes projectives de la Société Internationale du Rorschach (ISR), Paris (France)

Mathieu, J. & Lighezzolo-Alnot, J. (Septembre 2016). Corps gros, corps vulnérable : quand l'obésité met en maux le poids de toute une vie. Après la gastroplastie, quel processus de résilience ?... . Communication présentée au 57<sup>ème</sup> congrès Annuel de la Société Française de Psychologie (SFP), Paris (France)

Mathieu, J. & Lighezzolo-Alnot, J. (Avril 2016). Obésité et chirurgie bariatrique : quand le corps est en balance, que devient la psyché ?. Communication présentée au 4<sup>e</sup> colloque « Problématiques du corps : clinique et épistémologie », Lyon (France).

## Responsabilités institutionnelles et associatives :

- Membre du collège 1 du conseil de département de psychologie (2015-Actuel)
- Représentant des doctorants au conseil de direction du laboratoire Interpsy (2017-2018)
- Représentant élu des doctorants au pôle scientifique CLCS de l'Université de Lorraine (2016-2018)
- Représentant des doctorants de l'Université de Lorraine au Conseil de la Qualité de Vie au Travail (2017)
- Membre du comité d'organisation et scientifique de la Journée Internationale des Jeunes Chercheurs 2016
- Trésorier de l'association Par(en)thèse (2017-Actuel)
- Membre de l'association Résilio (2018-Actuel)
- Membre du réseau international de recherche sur les méthodes projectives et psychanalyse (réseau MPP) (2016-Actuel)

# BIBLIOGRAPHIE

- Aaron, D. J., & Hughes, T. L. (2007). Association of Childhood Sexual Abuse With Obesity in a Community Sample of Lesbians. *Obesity*, 15(4), 1023-1028. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.634>
- Ainsworth, M. D. S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allison, K., Grilo, C., Masheb, R., & Stunkard, A. (2007). High self-reported rates of neglect and emotional abuse, by persons with binge eating disorder and night eating syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 2874-2883. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.05.007>
- Amadiou, J.-F. (2005). *L'obèse, l'incroyable discriminé*. Observatoire des discriminations.
- American Psychiatric Association. (2004). *DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (M.-A. Crocq & J.-D. Guelfi, Trad.). Issy-les-Moulineaux: Masson.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi, P. Boyer, C.-B. Pull, & M.-C. Pull-Erpelding, Trad.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 4. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0004>
- Anaut, M. (2009). La relation de soin dans le cadre de la résilience. *Informations sociales*, 156(6), 70-78.
- Anaut, M., & Pedinielli, J.-L. (2003). *La résilience: surmonter les traumatismes*. [Paris]: Nathan.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., ... Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Anzieu, D. (1974). Le moi peau. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, (9), 195-208.
- Anzieu, D. (1984). *Le moi-peau* (2ème édition : 1995). Paris: Dunod.
- Aubry, S., & Vercruysse, N. (2009). Approche clinique du « poids de la perte » chez la personne obèse. *Obésité*, 4(3-4), 210-215. <https://doi.org/10.1007/s11690-009-0211-3>
- Aviram-Friedman, R., Astbury, N., Ochner, C. N., Contento, I., & Geliebter, A. (2018). Neurobiological evidence for attention bias to food, emotional dysregulation, disinhibition and deficient somatosensory awareness in obesity with binge eating disorder. *Physiology & Behavior*, 184, 122-128. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.11.003>

- Azoulay, C., Emmanuelli, M., & Corroyer, D. (2013). *Nouveau manuel de cotation des formes au Rorschach*. Paris: Dunod.
- Backman, O., Stockeld, D., Rasmussen, F., Näslund, E., & Marsk, R. (2016). Alcohol and substance abuse, depression and suicide attempts after Roux-en-Y gastric bypass surgery. *British Journal of Surgery*, *103*(10), 1336-1342. <https://doi.org/10.1002/bjs.10258>
- Bailly, N., Maitre, I., Amanda, M., Hervé, C., & Alaphilippe, D. (2012). The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). Assessment of eating behaviour in an aging French population. *Appetite*, *59*(3), 853-858. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.08.029>
- Basdevant, A. (2011). *Traité médecine et chirurgie de l'obésité*. Paris: Médecine sciences publications.
- Basdevant, A., Pouillon, M., Lahlou, N., Le Barzic, M., Brillant, M., & Guy-Grand, B. (1995). Prevalence of binge eating disorder in different populations of French women. *International Journal of Eating Disorders*, *18*(4), 309-315. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199512\)18:4<309::AID-EAT2260180403>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199512)18:4<309::AID-EAT2260180403>3.0.CO;2-6)
- Beauvois, J. E.-L., & Dubois, N. (1988). The norm of internality in the explanation of psychological events. *European Journal of Social Psychology*, *18*(4), 299-316. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420180402>
- Beizmann, C. (1966). *Livret de cotation des formes dans le Rorschach*. Paris: Ed. du Centre de psychologie appliquée.
- Bekaert, J., Masclet, G., & Caron, R. (2012). Élaboration et validation de l'inventaire des facteurs de résilience (IFR-40). *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *60*(3), 176-182. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2011.12.005>
- Bellis, M. A., Lowey, H., Leckenby, N., Hughes, K., & Harrison, D. (2014). Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *Journal of Public Health*, *36*(1), 81-91. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdt038>
- Berdah, C. (2010). Obésité et troubles psychopathologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *168*(3), 184-190. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.03.010>
- Bergeret, J. (1990). *Les toxicomanes parmi les autres*. Paris: O. Jacob.
- Bergeret, J. (2004). *Psychologie pathologique: théorie et clinique*. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Masson.
- Bernard, A., Sanahuja, A., Bydlowski, S., & Serrier, T. (2017). Déséquilibre de l'attachement et des émotions chez l'adolescent obèse. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *175*(4), 345-352. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2016.06.007>
- Berthoz, S. (2015). Concept d'alimentation émotionnelle : mesure et données expérimentales. *European Psychiatry*, *30*(8), S29-S30. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.088>



- Bertin, É., Klopp, V., & Hennequin, V. (2007). Quelle éducation thérapeutique chez le sujet en surcharge pondérale? *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 42(1), 46-51. [https://doi.org/10.1016/S0007-9960\(07\)88700-1](https://doi.org/10.1016/S0007-9960(07)88700-1)
- Bertin, E., & Ostermann, G. (2017). Comportement alimentaire et obésité : place de la symbolique alimentaire. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 52(3), 122-128. <https://doi.org/10.1016/j.cnd.2017.03.001>
- Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, 66(3), 745. <https://doi.org/10.3917/rfp.663.0745>
- Booth, H., Khan, O., Prevost, A. T., Reddy, M., Charlton, J., & Gulliford, M. C. (2015). Impact of bariatric surgery on clinical depression. Interrupted time series study with matched controls. *Journal of Affective Disorders*, 174, 644-649. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.050>
- Bowlby, J., & Kalmanovitch, J. (1978). *Attachement et perte : volume 1, L'attachement*. Paris: Presses Univ. de France.
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2000). *The irreducible needs of children: what every child must have to grow, learn, and flourish*. Cambridge, Mass.: Perseus Pub.
- Brewer-Smyth, K. (2014). Obesity, Traumatic Brain Injury, Childhood Abuse, and Suicide Attempts in Females at Risk. *Rehabilitation Nursing*, 39(4), 183-191. <https://doi.org/10.1002/rnj.150>
- Briand-Malenfant, R., Lecours, S., & Deschenaux, E. (2010). La capacité d'être triste : implications pour la psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 30(4), 191. <https://doi.org/10.3917/psys.104.0191>
- Bronfenbrenner, U. (1996). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Bruch, H. (1978). *Les Yeux et le ventre: l'obèse, l'anorexique*. (F. Verne & M. Manin, Trad.) (2ème édition : 1994). Paris: Payot.
- Bruze, G., Holmin, T. E., Peltonen, M., Ottosson, J., Sjöholm, K., Näslund, I., ... Svensson, P.-A. (2018). Associations of Bariatric Surgery With Changes in Interpersonal Relationship Status: Results From 2 Swedish Cohort Studies. *JAMA Surgery*. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.0215>
- Cadoz, C. (2012, octobre 10). *Complications médicales et chirurgicales précoces après chirurgie bariatrique: Étude rétrospective de 176 cas au CHU de Nancy* (Thèse de médecine). Université de Lorraine, Nancy.
- Cahnman, W. J. (1968). The Stigma of Obesity. *The Sociological Quarterly*, 9(3), 283-299. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1968.tb01121.x>
- Carter, V., & Myers, M. R. (2007). Exploring the risks of substantiated physical neglect related to poverty and parental characteristics: A national sample. *Children and Youth Services Review*, 29(1), 110-121. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2006.08.002>
- Cassiers, L. (1968). *Le psychopathe délinquant : étude expérimentale à travers le Rorschach*. Bruxelles: C. Dessart.

- Chabert, C. (1986). Narcissisme au Rorschach. *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, 33(1), 15-40. <https://doi.org/10.3406/clini.1986.1445>
- Chabert, C. (2012). *Le Rorschach en clinique adulte: interprétation psychanalytique*. Paris: Dunod.
- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 31. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0031>
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Naimark, B. (2009). Health Risk Behaviors and Mental Health Problems as Mediators of the Relationship Between Childhood Abuse and Adult Health. *American Journal of Public Health*, 99(5), 847-854. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.122408>
- Chiland, C. (2012). Pour une méta-théorie de la psychothérapie. *Perspectives Psy*, 51(4), 356-363. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2012514356>
- Chirila, A., Gaborit, B., Morange, P. E., Dutour, A., & Boullu-Ciocca, S. (2010). Que faire de la génétique de l'obésité en pratique clinique? *La Presse Médicale*, 39(9), 921-929. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2010.03.023>
- Clark, D. B., Thatcher, D. L., & Martin, C. S. (2009). Child Abuse and Other Traumatic Experiences, Alcohol Use Disorders, and Health Problems in Adolescence and Young Adulthood. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 499-510. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp117>
- Claudon, P., Roché-Bauchet, G., Guirkingier, B., Lighezzolo-Alnot, J., & Ziegler, O. (2012). Représentation de soi et vécu de l'espace corporel chez des sujets obèses sévères en attente de chirurgie bariatrique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 170(9), 628-635. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.02.022>
- Code des professions (Québec): Article 187.1, C-26 Code des professions § Permis de psychothérapeute (2009).
- Colles, S. L., Dixon, J. B., & O'Brien, P. E. (2008). Loss of control is central to psychological disturbance associated with binge eating disorder. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 16(3), 608-614. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.99>
- Conceição, E., Mitchell, J. E., Vaz, A. R., Bastos, A. P., Ramalho, S., Silva, C., ... Machado, P. P. P. (2014). The presence of maladaptive eating behaviors after bariatric surgery in a cross sectional study: Importance of picking or nibbling on weight regain. *Eating Behaviors*, 15(4), 558-562. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.08.010>
- Corcos, M., & Speranza, M. (2003). *Psychopathologie de l'alexithymie*. Paris: Dunod.
- Cramer, P., & Steinwert, T. (1998). Thin is good, fat is bad: How early does it begin? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 19(3), 429-451. [https://doi.org/10.1016/S0193-3973\(99\)80049-5](https://doi.org/10.1016/S0193-3973(99)80049-5)
- Crittenden, P. M. (1999). Child Neglect: Causes and Contributors. In H. Dubowitz, *Neglected Children: Research, Practice, and Policy* (p. 47-68). 2455 Teller Road, Thousand

- Cuynet, P., Sanahuja, A., & Bernard, A. (2012). Le corps obèse, sémaphore de la souffrance familiale. *Dialogue*, 197(3), 43. <https://doi.org/10.3917/dia.197.0043>
- Cyrulnik, B. (2003a). *Le murmure des fantômes*. Paris: Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2003 b, avril). *Conférence au colloque international sur la résilience*. Université de Nancy 2.
- Cyrulnik, B. (2005). *La résilience*. Présenté à XIXèmes journées d'études : La Résilience.
- Cyrulnik, B., Elkaïm, M., & Maestre, M. (2009). *Entre résilience et résonance: à l'écoute des émotions*. Paris: Fabert.
- Cyrulnik, B., & Seron, C. (2013). *La résilience ou comment renaître de sa souffrance?* Paris: Éd. Fabert.
- D'Argenio, A., Mazzi, C., Pecchioli, L., Di Lorenzo, G., Siracusano, A., & Troisi, A. (2009). Early trauma and adult obesity: Is psychological dysfunction the mediating mechanism? *Physiology & Behavior*, 98(5), 543-546. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2009.08.010>
- Davis, C. R., Dearing, E., Usher, N., Trifiletti, S., Zaichenko, L., Ollen, E., ... Crowell, J. A. (2014). Detailed assessments of childhood adversity enhance prediction of central obesity independent of gender, race, adult psychosocial risk and health behaviors. *Metabolism*, 63(2), 199-206. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2013.08.013>
- De, R., Hu, T., Moore, J. H., & Gilbert-Diamond, D. (2015). Characterizing gene-gene interactions in a statistical epistasis network of twelve candidate genes for obesity. *BioData Mining*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s13040-015-0077-x>
- De Tychev, C. (2001). Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de la résilience. *Cahiers de psychologie clinique*, 16(1), 49. <https://doi.org/10.3917/cpc.016.0049>
- De Tychev, C. (2010). Alexithymie et pensée opératoire : Approche comparative clinique projective franco-américaine. *Psychologie clinique et projective*, 16(1), 177. <https://doi.org/10.3917/pcp.016.0177>
- De Tychev, C., Diwo, R., & Dollander, M. (2000). La mentalisation: approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach. *Bulletin de psychologie*, 53(448), 469-480.
- De Tychev, C., & Dollander, M. (2010). La santé psychologique de l'enfant. Dunod.
- De Tychev, C., Huckel, C., Rivat, M., & Claudon, P. (2012). Nouvelles normes adultes du test de Rorschach et évolution sociétale : quelques réflexions. *Bulletin de psychologie*, Numéro 521(5), 453. <https://doi.org/10.3917/bupsy.521.0453>
- De Tychev, C., & Lighezzolo, J. (2004). L'évaluation de la résilience : quels critères diagnostiques envisager ? *Perspectives Psy*, Vol. 43(3), 226-233.
- De Tychev, C., & Lighezzolo-Alnot, J. (1983). A propos de la dépression « limite »: contribution du test de Rorschach en passation « classique » et « psychanalytique ». *Psychologie Française*, 28(2), 141-155.

- Degortes, D., Santonastaso, P., Zanetti, T., Tenconi, E., Veronese, A., & Favaro, A. (2014). Stressful Life Events and Binge Eating Disorder: Stressful and Binge Eating Disorder. *European Eating Disorders Review*, 22(5), 378-382. <https://doi.org/10.1002/erv.2308>
- Dejours, C. (2001). *Le corps, d'abord: corps biologique, corps érotique et sens moral*. Paris: Payot.
- Diener, M. J., Geenen, R., Koelen, J. A., Aarts, F., Gerdes, V. E. A., Brandjes, D. P. M., & Hinnen, C. (2016). The significance of attachment quality for obesity: A meta-analytic review. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 48(4), 255-265. <https://doi.org/10.1037/cbs0000050>
- Diwo, R. (1997). *Événements de vie, mentalisation, somatisation et tentatives de suicide : Approche comparée à l'adolescence* (Thèse de Doctorat en Psychologie). Université Nancy 2.
- Doll, H. A., Petersen, S. E. K., & Stewart-Brown, S. L. (2000). Obesity and Physical and Emotional Well-Being: Associations between Body Mass Index, Chronic Illness, and the Physical and Mental Components of the SF-36 Questionnaire. *Obesity Research*, 8(2), 160-170. <https://doi.org/10.1038/oby.2000.17>
- Downey, J. C., Gudmunson, C. G., Pang, Y. C., & Lee, K. (2017). Adverse Childhood Experiences Affect Health Risk Behaviors and Chronic Health of Iowans. *Journal of Family Violence*, 32(6), 557-564. <https://doi.org/10.1007/s10896-017-9909-4>
- Dumet, N. (2002a). *Clinique des troubles psychosomatiques: approche psychanalytique*. Paris: Dunod.
- Dumet, N. (2002 b). La différence incarnée : Réflexions psychosomatiques sur un phénomène étrangement familial : l'obésité. *Cahiers de psychologie clinique*, 18(1), 29-44. <https://doi.org/10.3917/cpc.018.0029>
- Dumet, N., & Ferrant, A. (2009). Circularité psychosomatique et traumatismes. *Psychologie clinique et projective*, 15(1), 45-66. <https://doi.org/10.3917/pcp.015.0045>
- Duncan, A. E., Sartor, C. E., Jonson-Reid, M., Munn-Chernoff, M. A., Eschenbacher, M. A., Diemer, E. W., ... Heath, A. C. (2015). Associations between body mass index, post-traumatic stress disorder, and child maltreatment in young women. *Child Abuse & Neglect*, 45, 154-162. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.007>
- Dutton, G. R., Bodell, L. P., Smith, A. R., & Joiner, T. E. (2013). Examination of the relationship between obesity and suicidal ideation. *International Journal of Obesity*, 37(9), 1282-1286. <https://doi.org/10.1038/ijo.2012.224>
- Emery, C., Dinet, J., Lafuma, A., Sermet, C., Khoshnood, B., & Fagnani, F. (2007). Évaluation du coût associé à l'obésité en France. *La Presse Médicale*, 36(6), 832-840. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2006.12.031>
- Eschwege, E., Charles, M.-A., & Basdevant, A. (2013). ObEpi-Roche, enquête épidémiologique de référence sur l'évolution de l'obésité et du surpoids en France. Consulté à l'adresse

- <http://eipf.bas.roche.com/fmfiles/re7199006/obepi2012/index.html?module1&module2&module3&module4&module5&module6>
- Fernandes, J., Ferreira-Santos, F., Miller, K., & Torres, S. (2018). Emotional processing in obesity: a systematic review and exploratory meta-analysis: Emotional processing in obesity. *Obesity Reviews*, 19(1), 111-120. <https://doi.org/10.1111/obr.12607>
- Fernandez, L., & Pedinielli, J. L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 84(1), 41. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0041>
- Fisher, S., & Cleveland, S. E. (1958). *Body image and personality*. Oxford, England: Van Nostrand.
- Flora, L., Lebel, P., Dumez, V., Bell, C., Lamoureux, J., & Saint-Laurent, D. (2015). L'expérimentation du Programme partenaires de soins en psychiatrie : le modèle de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 101. <https://doi.org/10.7202/1032385ar>
- Fournis, G., Denès, D., Mesu, C., Brière, M., Garré, J.-B., & Gohier, B. (2013). Obésité et bypass gastrique, impact sur la qualité de vie et le risque suicidaire : revue de la littérature. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.04.019>
- Freud, S. (1894–1924). *Névrose, psychose et perversion*. (J. Laplanche, Trad.) (13ème édition : 2010). Paris: Presses universitaires de France.
- Freud, S. (1910). Les chances d'avenir de la thérapie psychanalytique. In *La technique psychanalytique* (Edition de 2013, p. 27-37). Paris: Presses Universitaires de France. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/la-technique-psychanalytique--9782130619543-p-27.htm>
- Freud, S. (1913). La prédisposition à la névrose obsessionnelle. In É. Pichon & H. Hoesli (Trad.), *Revue Française de Psychanalyse* (1929<sup>e</sup> éd., Vol. Tome III, p. 437-447). Doin et Cie.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. (J. Laplanche, Trad.) (2ème édition : 2010). Paris: Payot & Rivages.
- Freud, S. (1939). *L'homme Moïse et la religion monothéiste : trois essais*. (C. Heim & M. Moscovici, Trad.) (Edition de 1993). Paris: Gallimard.
- Fuemmeler, B. F., Dedert, E., McClernon, F. J., & Beckham, J. C. (2009). Adverse childhood events are associated with obesity and disordered eating: Results from a U.S. population-based survey of young adults. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 329-333. <https://doi.org/10.1002/jts.20421>
- Fuller-Thomson, E., Sinclair, D. A., & Brennenstuhl, S. (2013). Carrying the Pain of Abuse: Gender-Specific Findings on the Relationship between Childhood Physical Abuse and Obesity in Adulthood. *Obesity Facts*, 6(4), 325-336. <https://doi.org/10.1159/000354609>
- Gabert, D. L., Majumdar, S. R., Sharma, A. M., Rueda-Clausen, C. F., Klarenbach, S. W., Birch, D. W., ... Padwal, R. S. (2013). Prevalence and Predictors of Self-Reported Sexual Abuse in Severely Obese Patients in a Population-Based Bariatric Program. *Journal of Obesity*, 2013, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2013/374050>

- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 143-153. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.143>
- Gearhardt, A. N., Boswell, R. G., & White, M. A. (2014). The association of « food addiction » with disordered eating and body mass index. *Eating Behaviors*, 15(3), 427-433. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.05.001>
- Giraudeau, C. (2015). *Éléments pour une psychologie de la maltraitance*. Saint-Denis: Publibook.
- Gojard, S., Lhuissier, A., & Régnier, F. (2010). *Sociologie de l'alimentation*. Paris: [diffusion] Cairn.info.
- Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *Addiction*, 85(11), 1403-1408. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>
- Grilo, C., & Masheb, R. (2001). Childhood Psychological, Physical, and Sexual Maltreatment in Outpatients with Binge Eating Disorder: Frequency and Associations with Gender, Obesity, and Eating-Related Psychopathology. *Obesity*, 9(5), 320-325. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.40>
- Grilo, C., & Masheb, R. (2002). Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 183-188. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02303.x>
- Grilo, C., Masheb, R., Brody, M., Toth, C., Burke-Martindale, C., & Rothschild, B. (2005). Childhood Maltreatment in Extremely Obese Male and Female Bariatric Surgery Candidates. *Obesity Research*, 13(1), 123-130. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.16>
- Grilo, C., White, M., Masheb, R., Rothschild, B., & Burke-Martindale, C. (2006). Relation of Childhood Sexual Abuse and Other Forms of Maltreatment to 12-Month Postoperative Outcomes in Extremely Obese Gastric Bypass Patients. *Obesity Surgery*, 16(4), 454-460. <https://doi.org/10.1381/096089206776327288>
- Guittard, J. (1996). *True Versus Pseudo Resilience: A Theoretical Exploration* (Thèse de doctorat non publiée). California School of Professional Psychology.
- Gunstad, J., Paul, R. H., Spitznagel, M. B., Cohen, R. A., Williams, L. M., Kohn, M., & Gordon, E. (2006). Exposure to early life trauma is associated with adult obesity. *Psychiatry Research*, 142(1), 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.11.007>
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2009). *Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte*. France.
- He, J., Cai, Z., & Fan, X. (2017). Prevalence of binge and loss of control eating among children and adolescents with overweight and obesity: An exploratory meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 50(2), 91-103. <https://doi.org/10.1002/eat.22661>
- Hjemdal, O., Friborg, O., & Stiles, T. C. (2010). Résilience et personnalité. *Bulletin de psychologie*, Numéro 510(6), 457. <https://doi.org/10.3917/bupsy.510.0457>

- Hollingsworth, K., Callaway, L., Duhig, M., Matheson, S., & Scott, J. (2012). The Association between Maltreatment in Childhood and Pre-Pregnancy Obesity in Women Attending an Antenatal Clinic in Australia. *PLoS ONE*, 7(12), e51868. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051868>
- Ionescu, S. (2011). *Traité de résilience assistée*. Paris: Presses universitaires de France.
- Ionescu, S., Jacquet, M.-M., & Lhote, C. (1997). *Les mécanismes de défense théorie et clinique* (2ème édition : 2012). Paris: Armand Colin.
- Jacobi, D., Buzelé, R., & Couet, C. (2010). Peut-on parler de pandémie d'obésité ? *La Presse Médicale*, 39(9), 902-906. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2010.01.014>
- Jaeken, M., Verhofstadt, L. L., & Van Broeck, N. (2015). Qu'est-ce qui détermine l'efficacité d'une psychothérapie ? Brève mise à jour scientifique. *Bulletin de psychologie*, Numéro 537(3), 237. <https://doi.org/10.3917/bupsy.537.0237>
- Jia, H., Li, J. Z., Leserman, J., Hu, Y., & Drossman, D. A. (2004). Relationship of Abuse History and Other Risk Factors with Obesity Among Female Gastrointestinal Patients. *Digestive Diseases and Sciences*, 49(5), 872-877. <https://doi.org/10.1023/B:DDAS.0000030102.19372.52>
- Jourdan-Ionsecu, C. (2001). Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience. *Revue québécoise de psychologie*, 22(1), 163-186.
- Karlsson, J., Taft, C., Rydén, A., Sjöström, L., & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *International Journal of Obesity*, 31(8), 1248-1261. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803573>
- Kessler, R. M., Hutson, P. H., Herman, B. K., & Potenza, M. N. (2016). The neurobiological basis of binge-eating disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 63, 223-238. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.01.013>
- Kofman, M. D., Lent, M. R., & Swencionis, C. (2010). Maladaptive Eating Patterns, Quality of Life, and Weight Outcomes Following Gastric Bypass: Results of an Internet Survey. *Obesity*, 18(10), 1938-1943. <https://doi.org/10.1038/oby.2010.27>
- Lacharité, C., Éthier, L., & Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, Numéro 484(4), 381. <https://doi.org/10.3917/bupsy.484.0381>
- Lamas, C., Nicolas, I., & Corcos, M. (2010). Addictions comportementales (troubles des conduites alimentaires) et suicide. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168(7), 528-532. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.06.002>
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B., & Lagache, D. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5ème édition (2007)). Paris: Presses universitaires de France.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (11. [print.]). New York: Springer.
- Le Grand Larousse Illustré 2018*. (2017). Larousse Editions.
- Lecerf, J.-M., Reitz, C., & de Chasteigner, A. (2003). Evaluation of discomfort and complications in a population of 18,102 patients overweight or obese patients. *Presse Medicale (Paris, France: 1983)*, 32(15), 689-695.
- Lecointe, P., Bernoussi, A., Masson, J., & Schauder, S. (2016). La mentalisation affective de la personnalité limite addictive : une revue de la littérature. *L'Encéphale*, 42(5), 458-462. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.001>
- Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity - a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 49, 125-134. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.008>
- Lépine, J. P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. (1985). Evaluation of anxiety and depression among patients hospitalized on an internal medicine service. *Annales Médico-Psychologiques*, 143(2), 175-189.
- Leplège, A. (2001). *Le questionnaire MOS SF-36: manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*. Paris: Editions ESTEM.
- Lévy, E., Lévy, P., Le Pen, C., & Basdevant, A. (1995). The economic cost of obesity: the French situation. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 19(11), 788-792.
- Lighezzolo, J., & Blanchouin, C. (2004). Gastroplastie et modifications corporelles: réflexion psychodynamique. *L'Information Psychiatrique*, 80(9), 745-752.
- Lighezzolo, J., & Tychev, C. de. (2004). *La résilience : Se (re)construire après le traumatisme*. Paris: In press.
- Loas, G., & Fremaux, D. (1993). L'alexithymie chez le sujet sain: validation de l'échelle d'alexithymie de Toronto (TAS) dans une population « tout venant » de 144 sujets, application au calcul de la prévalence. *Annales Médico-Psychologiques*, 660-663.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 237-243.
- Main, Mary. (1983). Exploration, play, and cognitive functioning related to infant-mother attachment. *Infant Behavior and Development*, 6(2-3), 167-174. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(83\)80024-1](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(83)80024-1)
- Marek, R. J., Ben-Porath, Y. S., & Heinberg, L. J. (2016). Understanding the role of psychopathology in bariatric surgery outcomes: Hierarchical models and bariatric surgery outcomes. *Obesity Reviews*, 17(2), 126-141. <https://doi.org/10.1111/obr.12356>



- Mariage, A., Cuynet, P., & Carvelli-Roussel, G. (2005). L'obésité chez l'adulte à l'épreuve du Rorschach. *Bulletin de psychologie, Numéro 476(2)*, 207-219. <https://doi.org/10.3917/bupsy.476.0207>
- Mariage, A., Cuynet, P., & Godard, B. (2008). Obésité et alexithymie à l'épreuve du Rorschach. Le poids des émotions. *L'Évolution Psychiatrique, 73(2)*, 377-397. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2007.06.009>
- Marín-Navarrete, R., Quintero, J., Correas-Lauffer, J., Cortés-Ramírez, J., & Villalobos-Gallegos, L. (2016). Psychiatric symptoms, substance use, and other medical conditions in patients with obesity who seek treatment for weight loss. *Salud Mental, 39(3)*, 109. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.008>
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte* (7ème édition : 2011). Paris: Diffusion] Cairn.info.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique* (2ème édition : 1996). Paris: Synthélabo.
- Masling, J. (1999). Bodies Under Investigation: A Review of Body Image and Personality by S. Fisher and S.E. Cleveland (1958). *Journal of Personality Assessment, 72(1)*, 164-174. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7201\\_11](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7201_11)
- Masling, J., Rabie, L., & Blondheim, S. H. (1967). Obesity, level of aspiration, and Rorschach and TAT measures of oral dependence. *Journal of Consulting Psychology, 31(3)*, 233-239.
- Mathieu, J. (2014). *Etude exploratoire des facteurs de résilience chez les sujets obèses en demande de chirurgie bariatrique*. (Mémoire de Master 1 sous la direction de Lighezzolo-Alnot Joëlle). Université de Lorraine, Nancy.
- Matta, J., Zins, M., Feral-Pierssens, A. L., Carette, C., Ozguler, A., Goldberg, M., & Czernichow, S. (2016). Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. *Bull Epidémiol Hebd, (35-36)*, 640-646.
- McIntyre, R. S., Soczynska, J. K., Liauw, S. S., Woldeyohannes, H. O., Brietzke, E., Nathanson, J., ... Kennedy, S. H. (2012). The Association between Childhood Adversity and Components of Metabolic Syndrome in Adults with Mood Disorders: Results from the International Mood Disorders Collaborative Project. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 43(2)*, 165-177. <https://doi.org/10.2190/PM.43.2.e>
- Meany, G., Conceição, E., & Mitchell, J. E. (2014). Binge Eating, Binge Eating Disorder and Loss of Control Eating: Effects on Weight Outcomes after Bariatric Surgery: Effects on Weight Outcomes after Bariatric Surgery. *European Eating Disorders Review, 22(2)*, 87-91. <https://doi.org/10.1002/erv.2273>
- Micanti, F., Iasevoli, F., Cucciniello, C., Costabile, R., Loiarro, G., Pecoraro, G., ... Galletta, D. (2017). The relationship between emotional regulation and eating behaviour: a multidimensional analysis of obesity psychopathology. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 22(1)*, 105-115. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0275-7>

- Mies, G. W., Treur, J. L., Larsen, J. K., Halberstadt, J., Pasman, J. A., & Vink, J. M. (2017). The prevalence of food addiction in a large sample of adolescents and its association with addictive substances. *Appetite*, *118*, 97-105. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.08.002>
- Mitchell, J. E., King, W. C., Courcoulas, A., Dakin, G., Elder, K., Engel, S., ... Wolfe, B. (2015). Eating behavior and eating disorders in adults before bariatric surgery: Eating Behavior and Disorders Before Bariatric Surgery. *International Journal of Eating Disorders*, *48*(2), 215-222. <https://doi.org/10.1002/eat.22275>
- Mitchell, J. E., Selzer, F., Kalarchian, M. A., Devlin, M. J., Strain, G. W., Elder, K. A., ... Yanovski, S. Z. (2012). Psychopathology before surgery in the Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery-3 (LABS-3) Psychosocial Study. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *8*(5), 533-541. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2012.07.001>
- Moro, M. R., & Lachal, C. (2006). *Les psychothérapies: modèles, méthodes et indications*. Paris: Armand Colin.
- Muller, L., & Spitz, E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping : validation du Brief COPE sur une population française. *L'Encéphale*, *29*(6), 507-518.
- Muran, J. C., & Barber, J. P. (Éd.). (2010). *The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice*. New York: Guilford Press.
- Nagl, M., Steinig, J., Klinitzke, G., Stepan, H., & Kersting, A. (2016). Childhood maltreatment and pre-pregnancy obesity: a comparison of obese, overweight, and normal weight pregnant women. *Archives of Women's Mental Health*, *19*(2), 355-365. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0573-5>
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., ... Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 766-781. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8)
- OMS. (2016, juin). Obésité et surpoids. Consulté 11 mai 2017, à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
- Oppong, B. A., Nickels, M. W., & Sax, H. C. (2006). The Impact of a History of Sexual Abuse on Weight Loss in Gastric Bypass Patients. *Psychosomatics*, *47*(2), 108-111. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.47.2.108>
- Pagoto, S. L., Schneider, K. L., Bodenlos, J. S., Appelhans, B. M., Whited, M. C., Ma, Y., & Lemon, S. C. (2012). Association of Post-Traumatic Stress Disorder and Obesity in a Nationally Representative Sample. *Obesity*, *20*(1), 200-205. <https://doi.org/10.1038/oby.2011.318>
- Palmisano, G. L., Innamorati, M., & Vanderlinden, J. (2016). Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, *5*(1), 11-31. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.018>

- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M., & Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 201. <https://doi.org/10.7202/008831ar>
- Parker, J. D. ., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 269-275. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00578-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00578-0)
- Pedinielli, J.-L., & Mariage, A. (2015). *Psychopathologie du traumatisme*. Paris: Colin.
- Pérusse, L. (2004). Génétique de l'obésité. *EMC - Endocrinologie*, 1(1), 67-80. <https://doi.org/10.1016/j.emcend.2003.10.004>
- Peterhänsel, C., Petroff, D., Klinitzke, G., Kersting, A., & Wagner, B. (2013). Risk of completed suicide after bariatric surgery: a systematic review: Suicide after bariatric surgery. *Obesity Reviews*, 14(5), 369-382. <https://doi.org/10.1111/obr.12014>
- Petrovic, B., Mecarelli, M., Dabbas, M., Ricour, C., Golse, B., & Zigante, F. (2009). Psychopathologie et narrativité dans l'obésité infantile. *La psychiatrie de l'enfant*, 52(1), 45. <https://doi.org/10.3917/psy.521.0045>
- Phan, H.-D., Quilliot, D., Sirveaux, M.-A., Ziegler, O., Reibel, N., & Brunaud, L. (2009). « 3es rencontres médecins-chirurgiens » sur la chirurgie de l'obésité » Chirurgie bariatrique: qu'est-ce qu'un échec? *Obésité*, 4(3-4), 158-162. <https://doi.org/10.1007/s11690-009-0203-3>
- Philippin, Y. (2006). Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique. *Revue internationale de soins palliatifs*, 21(4), 163. <https://doi.org/10.3917/inka.064.0163>
- Pike, K. M., Wilfley, D., Hilbert, A., Fairburn, C. G., Dohm, F.-A., & Striegel-Moore, R. H. (2006). Antecedent life events of binge-eating disorder. *Psychiatry Research*, 142(1), 19-29. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.10.006>
- Pirlot, G. (2002). Complexité psychopathologique du phénomène d'addiction réévalué avec des concepts psychosomatiques et métapsychologiques. *Psychotropes*, 8(2), 97-118. <https://doi.org/10.3917/psyt.082.0097>
- Pirlot, G. (2007). Modèles actuels en psychosomatique. *EMC - Psychiatrie*, 4(3), 1-16. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(07\)40981-6](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(07)40981-6)
- Pirlot, G. (2008). Approche psychosomatique des addictions. *Le Carnet PSY*, 126(4), 45-49. <https://doi.org/10.3917/lcp.126.0045>
- Pirlot, G. (2014). Alexithymie et pensée opératoire. *Hermès, La Revue*, 68(1), 73-81.
- Porcelli, P., & Meyer, G. J. (2002). Construct Validity of Rorschach Variables for Alexithymia. *Psychosomatics*, 43(5), 360-369. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.5.360>
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1996). L'approche transthéorique. In *Psychothérapie intégrative*. Desclée de Brouwer.
- Quenot, C., Kahn, J.-P., Sibertin-Blanc, D., Quilliot, D., & Witkowski, P. (2012). *Antécédents psychotraumatiques et psychopathologie des patients obèses candidats à la chirurgie bariatrique* (Thèse de médecine). Université de Lorraine, Nancy.

- Ramada Faria, G. F., Nunes Santos, J. M., & Simonson, D. C. (2017). Quality of life after gastric sleeve and gastric bypass for morbid obesity. *Porto Biomedical Journal*, 2(2), 40-46. <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.12.006>
- Rausch de Traubenberg, N. (2004). *La pratique du Rorschach*. Paris: Presses universitaires de France.
- Rebourg, C., De Tychev, C., & Vivot, M. (1991). Étude comparée des conceptions de l'imaginaire et de la mentalisation : réflexion sur leur opérationnalisation au test de Rorschach. *Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives*, 35(1), 45-66. <https://doi.org/10.3406/clini.1991.958>
- Richelle, J., Debroux, P., De Noose, L., & Malempré, M. (2009). *Manuel du test de Rorschach* (2ème édition : 2017). De Boeck Supérieur.
- Rohner, R. P. (1986). *The warmth dimension: foundations of parental acceptance-rejection theory*. Beverly Hills [Calif.]: Sage Publications.
- Roman, P. (2015). *Le Rorschach en clinique de l'enfant et de l'adolescent: approche psychanalytique : repères théoriques, méthodologie, illustrations cliniques*. Paris: Dunod.
- Saint Pol, T. de. (2010). *Le corps désirable : hommes et femmes face à leur poids*. Paris: Presses universitaires de France.
- Salwen, J. K., Hymowitz, G. F., Vivian, D., & O'Leary, K. D. (2014). Childhood abuse, adult interpersonal abuse, and depression in individuals with extreme obesity. *Child Abuse & Neglect*, 38(3), 425-433. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.12.005>
- Sanahuja, A., Cuynet, P., & Mariage, A. (2012). Réaménagement de l'enveloppe psychique chez l'adolescente obèse, pendant sa perte de poids. *Bulletin de psychologie, Numéro 518*(2), 159-180. <https://doi.org/10.3917/bupsy.518.0159>
- Sansone, R. A., Schumacher, D., Wiederman, M. W., & Routsong-Weichers, L. (2008). The Prevalence of Childhood Trauma and Parental Caretaking Quality among Gastric Surgery Candidates. *Eating Disorders*, 16(2), 117-127. <https://doi.org/10.1080/10640260801887196>
- Santi, P. (2018, janvier 24). Obésité : les dérives de la chirurgie. *Le Monde*, p. 1-8.
- Schachter, S. (1968). Obesity and Eating. *Science*, 161(3843), 751-756. <https://doi.org/10.1126/science.161.3843.751>
- Schiltz, L., & Brytek-Matera, A. (2013). Obésité, régulation émotionnelle, estime de soi. Étude comparative et structurale à méthodologie quantitative et qualitative intégrée. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(4), 625-640. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.02.008>
- Schulte, E., Grilo, C., & Gearhardt, A. (2016). Shared and unique mechanisms underlying binge eating disorder and addictive disorders. *Clinical Psychology Review*, 44, 125-139. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.02.001>
- Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1(1), 43-56. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00007-X](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00007-X)

- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *59 Suppl 20*, 22-33;quiz 34-57.
- Sjöström, L., Narbro, K., Sjöström, C. D., Karason, K., Larsson, B., Wedel, H., ... Carlsson, L. M. S. (2007). Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects. *New England Journal of Medicine*, *357*(8), 741-752. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa066254>
- Smadja, C. (1995). Le modèle psychosomatique de Pierre Marty. *Revue française de psychosomatique*, *n°7*(1), 7. <https://doi.org/10.3917/rfps.007.0007>
- Sockalingam, S., Hawa, R., Wnuk, S., Santiago, V., Kowgier, M., Jackson, T., ... Cassin, S. (2017). Psychosocial predictors of quality of life and weight loss two years after bariatric surgery: Results from the Toronto Bari-PSYCH study. *General Hospital Psychiatry*, *47*, 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.04.005>
- Striegel-Moore, R. H., Dohm, F.-A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2002). Abuse, Bullying, and Discrimination as Risk Factors for Binge Eating Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *159*(11), 1902-1907. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.11.1902>
- Sudres, J.-L., Dupuy, M., Ghrib, F., Desjardins, H., Hubert, I., Glattard, M., ... Jouret, B. (2013). Adolescents obèses: évaluation de l'image du corps, de l'estime de soi, de l'anxiété et de la dépression. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *61*(1), 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.11.001>
- Suliman, S., Anthonissen, L., Carr, J., du Plessis, S., Emsley, R., Hemmings, S. M. J., ... Seedat, S. (2016). Posttraumatic Stress Disorder, Overweight, and Obesity: A Systematic Review and Meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, *24*(4), 271-293. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000106>
- Sultan, S., & Porcelli, P. (2004). Rorschach et maladies somatiques : Applications et éléments de validité. *Psychologie Française*, *49*(1), 63-79. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2003.11.004>
- Tchernicheff, I. (2011). Les négligences : une maltraitance minorée, négligée dans le système de protection de l'enfance. *Empan*, *83*(3), 146. <https://doi.org/10.3917/empa.083.0146>
- Terra, J. L. (1997). Le point de vue du psychiatre sur le traitement de l'obésité morbide par gastroplastie. *Annales de chirurgie*, *51*(2), 177-182.
- Theis, A. (2006). *Approche psychodynamique de la résilience : Etude clinique projective comparée d'enfants ayant été victimes de maltraitance familiale et placés en famille d'accueil* (Thèse de psychologie). Université Nancy 2: LTS - Ecole doctorale Langages, Temps, Sociétés, Nancy.
- Urfer, F.-M., Achim, J., Terradas, M. M., & Ensink, K. (2014). Capacité de mentalisation parentale et problématiques pédopsychiatriques : perspectives théorique et clinique. *Devenir*, *26*(3), 227. <https://doi.org/10.3917/dev.143.0227>

- van Reedt Dortland, A. K. B., Giltay, E. J., van Veen, T., Zitman, F. G., & Penninx, B. W. J. H. (2012). Personality traits and childhood trauma as correlates of metabolic risk factors: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 36(1), 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2011.10.001>
- Vanasse, A., Demers, M., Hemiari, A., & Courteau, J. (2007). Obésité, malbouffe et sédentarité : des inséparables ? *médecine/sciences*, 23(1), 5-6. <https://doi.org/10.1051/medsci/20072315>
- Walsh, E., Rosenstein, L., Dalrymple, K., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2017). The Importance of Assessing for Childhood Abuse and Lifetime PTSD in Bariatric Surgery Candidates. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 24(3-4), 341-354. <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9518-7>
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Westermann, S., Rief, W., Euteneuer, F., & Kohlmann, S. (2015). Social exclusion and shame in obesity. *Eating Behaviors*, 17, 74-76. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.01.001>
- Whitaker, R. C., Phillips, S. M., Orzol, S. M., & Burdette, H. L. (2007). The association between maltreatment and obesity among preschool children. *Child Abuse & Neglect*, 31(11-12), 1187-1199. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.04.008>
- WHO. (2016). Overweight and obesity. Consulté 16 mars 2018, à l'adresse [http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/overweight/en/](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/)
- Ziegler, O., Filipecki, J., Girod, I., & Guillemin, F. (2005). Development and validation of a French obesity-specific quality of life questionnaire: Quality Of Life, Obesity and Dietetics (QOLOD) rating scale. *Diabetes & Metabolism*, 31(3), 273-283. [https://doi.org/10.1016/S1262-3636\(07\)70194-5](https://doi.org/10.1016/S1262-3636(07)70194-5)
- Ziegler, O., Mathieu, J., Böhme, P., & Witkowski, P. (2017). Le Binge Eating Disorder en 2017 : de l'impulsivité à la compulsivité, les ouvertures du DSM-5. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 11(3), 237-245. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(17\)30063-9](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(17)30063-9)
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zwaan, M. de, Marschollek, M., & Allison, K. C. (2015). The Night Eating Syndrome (NES) in Bariatric Surgery Patients: The Night Eating Syndrome (NES). *European Eating Disorders Review*, 23(6), 426-434. <https://doi.org/10.1002/erv.2405>

