

UNIVERSITE PARIS DESCARTES

PARIS V

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS DESCARTES

ANNEE 2009

THESE

POUR LE

**DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D ETAT**

PAR

ALEXANDRA DALU

NEE LE 04 AVRIL 1975

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 NOVEMBRE 2009 A PARIS VIII
AVICENNE BOBIGNY**

<p>PROFIL PSYCHOLOGIQUE ET SOCIAL DU PATIENT OBESE CANDIDAT A UNE CHIRURGIE DE L'OBESITE</p>

PRESIDENT DE THESE :

Professeur Gérard REACH

DIRECTEUR DE THESE :

Docteur Jean Marc CATHELIN

MEMBRES DU JURY :

Docteur Jean Luc FOURNIER

Docteur Thierry BAUBET

Professeur Julien Daniel GUELFY

Le plan

1	LE CONTEXTE GENERAL	4
1-1	L'OBESITE	4
A -	<i>DEFINITIONS</i>	4
B -	<i>EPIDEMIOLOGIE</i>	5
C -	<i>COMORBIDITES</i>	5
1-2	RAPPELS SUR LA CHIRURGIE BARIATRIQUE	5
A -	<i>INTRODUCTION</i>	6
B -	<i>BUTS DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE</i>	6
C -	<i>INDICATIONS</i>	6
D -	<i>LES DIFFERENTES TECHNIQUES ET LEURS RESULTATS</i>	8
D.1	<i>L'ANNEAU GASTRIQUE</i>	8
D.2	<i>LE BYPASS GASTRIQUE</i>	10
D.3	<i>LA SLEEVE GASTRECTOMIE OU GASTRECTOMIE LONGITUDINALE</i>	12
E -	<i>CHOIX DE LA TECHNIQUE</i>	14
F -	<i>LES CONTRE-INDICATIONS DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE</i>	14
2	LA CHIRURGIE BARIATRIQUE POUR QUI ?	15
3	METHODE D'ETUDE DES COMPORTEMENT ALIMENTAIRES ET SOCIAUX	17
4	PROFILS PSYCHOLOGIQUES DES PATIENTS OBESES	19
4-1	<i>INTRODUCTION</i>	19
4-2	<i>PROFIL GENERAL DE L'OBESSE</i>	20
4-3	<i>LES SYMPTOMES PSYCHOLOGIQUES DETAILLES DE L'OBESSE</i>	22
A -	<i>LA PSYCHOLOGIE GENERALE ET LES CONDITIONS DE SANTE MENTALE DE L'OBESSE</i>	24
B -	<i>CIRCONSTANCES DU DEVELOPPEMENT DE L'OBESITE ET HISTORIQUE CONCERNANT LE COMBAT FACE A CETTE OBESITE</i>	24
C -	<i>STYLE DE VIE, COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET FONCTIONS DE LA NOURRITURE</i>	25
D -	<i>LA STRUCUTRE ET LA QUALITE DE L'ENTOURAGE PRIVE ET DU RESEAU SOCIAL DE L'OBESSE</i>	26
E -	<i>L'ATTITUDE DE L'OBESSE FACE A LA CHIRURGIE BARIATRIQUE</i>	26
4-4	<i>PREVALENCE DE LA PSYCHOPATHOLOGIE CHEZ LES OBESES</i>	28
4-5	<i>UN INDICATEUR PARTICULIER : LE MCSD</i>	31
4-6	<i>UN COMPORTEMENT NECESSAIRE : LA TENACITE</i>	32
4-7	<i>LA RELATION ENTRE LES SEVICES SEXUELS ET AUTRES FORMES DE MALTRAITANCES DURANT L'ENFANCE ET LES RESULTATS A UN AN DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE DANS L'OBESITE MORBIDE</i>	33
4-8	<i>LE FONCTIONNEMENT PSYCHOSOCIAL APRES LA CHIRURGIE BARIATRIQUE</i>	34
A -	<i>LA PERSONNALITE DU PATIENT OBESE</i>	34
B -	<i>LA PSYCHOPATHOLOGIE</i>	34
C -	<i>L'IMAGE CORPORELLE</i>	35
D -	<i>LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE</i>	35
E -	<i>LE FONCTIONNEMENT SOCIAL</i>	36
F -	<i>LA SANTE LIEE A LA QUALITE DE VIE</i>	37

5	L'EXPERIENCE AVICENNES	38
5-1	METHODE DU PSYCHIATRE	38
5-2	RESULTATS STATISTIQUES DU QUESTIONNAIRE	40
6	DISCUSSION	65
6-1	LES POINTS FAIBLES	65
A -	<i>ENCORE TROP PEU D'ETUDES REALISEES SUR CE SUJET</i>	65
B -	<i>UNE MINORITE DE PATIENTS NE REpond PAS AU TRAITEMENT CHIRURGICAL BARIATRIQUE</i>	65
C -	<i>LIMITES METHODOLOGIQUES DES ETUDES PUBLIEES</i>	66
D -	<i>LE MANQUE DE FORMATION ET D'EXPERIENCE PROFESSIONNELLES QUANT A L'EVALUATION PRE-OPERATOIRE ET AU SUIVI POST-OPERATOIRE DU PATIENT OBESE</i>	67
E -	<i>LA SUBJECTIVITE DES REponses DES PATIENTS AUX QUESTIONNAIREX PSYCHIATRIQUES ET PSYCHOLOGIQUES</i>	68
6-2	LES POINTS FORTS : LES CONSEQUENCES SCIENTIFIQUES ET PROFESSIONNELLES PRATIQUES.	69
A -	<i>LES RESULTATS SIGNIFICATIFS OBTENUES</i>	69
B -	<i>LES EVALUATIONS PRE-OPERATOIRES : OUTILS INDENIABLES</i>	70
7	CONCLUSION	72
8	RESUME	75
9	MOTS CLES	77
10	REMERCIEMENTS	78
11	BIBLIOGRAPHIE	79
	ANNEXE 1 : SCL-90-R	88
	ANNEXE 2 : DSM IV	96
	ANNEXE 3 : SF36	105
	ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE DU DR GOZLAN	107
	SERMENT D'HIPPOCRATE	114

Profil psychologique et social du patient obèse candidat à la chirurgie bariatrique

1 LE CONTEXTE GENERAL

1-1 L'OBESITE

A - DEFINITIONS

L'obésité a été reconnue comme une maladie en 1997 par l'OMS. [1] Cette organisation définit le surpoids et l'obésité comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. Sa prévention est un problème de santé publique dans les pays développés. Cette maladie de cause multifactorielle est considérée aujourd'hui par abus de langage comme une pandémie (puisque non contagieuse).

Définition de l'obésité :

L'obésité est un excès de masse grasse et représente un risque de mortalité et de morbidité en particulier cardiovasculaire. Par convention, l'excès de poids est classé selon l'indice de masse corporelle (IMC) du patient [1]; $IMC = \text{poids en kilo} / \text{carré de la taille en mètre}$:

- $IMC \geq 25 \text{kg/m}^2$ et $< 30 \text{kg/m}^2$: surpoids ;
- $30 \text{kg/m}^2 < IMC < 35 \text{kg/m}^2$: obésité de type I ou modérée ;
- $35 \text{kg/m}^2 < IMC < 40 \text{kg/m}^2$: obésité de type II ou sévère ;
- $IMC > 40 \text{kg/m}^2$: obésité de type III ou morbide ou massive ;
- $IMC > 50 \text{kg/m}^2$: super obésité ;
- $IMC > 60 \text{kg/m}^2$: super superobésité.

D'autres marqueurs existent tel le rapport tour de taille sur tour de hanche, qui doit être inférieur à 1 chez l'homme et à 0,85 chez la femme.

Un indicateur indirect de la masse grasseuse aussi utilisé est le périmètre abdominal, il doit être inférieur à 104 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme, c'est le marqueur de risque de survenue du diabète, des maladies

cardiovasculaires, du syndrome métabolique. L'indice de masse grasseuse est calculé grâce à l'impédancemétrie, le taux normal se situe entre 17 et 22 pourcents.

B - EPIDEMIOLOGIE

Quelques chiffres sont importants à souligner :

En 2004, 300 millions de personnes étaient obèses dans le monde. [2,3, 4] Ils sont en 2006, 800 millions.

L'obésité progresse en moyenne annuellement de 5,5 % depuis 1997.

Le Mexique est le 2ème pays au monde la prévalence d'obèses dans sa population (soit 44 millions de mexicains obèses) juste derrière les USA. La France compte plus de 6 millions d'obèses ou 12,5 % de la population et 16 millions d'adultes en surpoids, soit 37% (Étude Obépi 2006).

Il y a 700 000 personnes adultes en France ayant un IMC supérieur à 40 kg/m². Cette forme d'obésité progresse, le tour de taille moyen est passé de 84,6 cm en 1997 à 88cm en 2006 pour l'ensemble de la population des femmes en France. La population infantile est quant à elle, touchée à 10 % par l'obésité en France. Aux USA, ils sont 30% en surpoids dont 17% d'obèses [5], 21% en Allemagne, 16% en Italie, 11% en Belgique et 6% en Espagne.

En 1992, l'obésité a été la cause estimée de 55 000 décès en France essentiellement par maladies cardiovasculaires et diabète. Par ailleurs du fait des complications du diabète, l'obésité est la première cause de cécité avant 65 ans en France et la première cause d'amputations. Cette surmortalité se retrouve chez tous les âges, ethnies, ou sexes.

C - COMORBIDITES

Elles sont regroupées essentiellement en 5 catégories [6].

Elles sont métaboliques, cardiovasculaires, ostéo-articulaires, respiratoires, cancéreuses et de manière moins fréquentes et/ou moins graves, les comorbidités sont aussi digestives, infectieuses, cutanées, obstétricales, et psychologiques.

L'obésité est en effet, responsable de comorbidités tels le diabète type 2, le syndrome métabolique, maladies cardiovasculaires dont l'hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral, cancers de vessie, prostate, estomac, œsophage, sein, endomètre, ovaire, colon, vésicule biliaire, de stéatose hépatique, hernie hiatale et reflux gastro-œsophagien, de menace d'accouchement prématuré, de stérilité, d'apnée du sommeil, d'arthropathies telle l'arthrose dégénérative, d'ostéoporose, de varices, de dépression et autres troubles psychiatriques, mais aussi de discrimination sociale et donc de problèmes socioprofessionnels.

1-2 RAPPELS SUR LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

En grec, « Barrios » signifie le poids

A - INTRODUCTION

Avec près de 15000 interventions par an, la France tient le second rang de l'obésité après les Etats-Unis [5]. En 2007, l'anneau gastrique, le bypass gastrique, et la gastrectomie longitudinale ou sleeve gastrectomie, représentent les techniques les plus utilisées en France.

La prévalence de l'obésité en France a doublé depuis 10 ans, touchant 12,5% des adultes. Le taux national d'obésité morbide est de 0,8%. Il est de 1,8% dans le département de la Seine-Saint-Denis. L'importance de ce taux s'explique par le bas niveau socioéconomique de la population du département [2].

Maladie chronique, l'obésité relève d'un traitement permanent. La restriction calorique associée à une augmentation de l'activité physique ne permet généralement pas à un obèse de perdre plus de 5 à 10% de son excès de poids [3], et cela de façon souvent transitoire. L'adjonction de traitements médicamenteux accroît l'efficacité des mesures hygiéno-diététiques, mais au prix de certains effets secondaires qui peuvent rendre difficile leur usage perpétuel [4]. C'est pourquoi les différentes techniques de chirurgie de l'obésité peuvent, dans certaines situations définies par l'HAS [6], compléter la prise en charge médicale de l'obésité. Depuis la conférence de consensus américaine [7] et la publication de l'étude Sjöström et al. [8], il est admis que la chirurgie constitue le seul traitement efficace à long terme de l'obésité morbide.

Ainsi, l'obésité nécessite une prise en charge multidisciplinaire au sein de laquelle la chirurgie bariatrique prend une place de plus en plus importante quant à son traitement. Le traitement repose sur les mesures hygiéno-diététiques associées à un exercice physique mais il n'entraîne que 5 à 10% de perte de poids et est souvent transitoire.

Le traitement médicamenteux améliore cette efficacité mais au prix des effets secondaires.

La chirurgie est le seul traitement efficace et prouvé de l'obésité morbide [8].

B - BUTS DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

Des études montrent que la chirurgie bariatrique entraîne une réduction des morbidités sur le long terme [9] en améliorant l'hypertension artérielle, le syndrome d'apnée du sommeil, les troubles ostéo-articulaires, ainsi que le diabète. Son efficacité sur les dyslipidémies semble moins évidente. Une seule étude a montré, sur le long terme, une diminution de la mortalité des sujets opérés par rapport à ceux qui ne l'étaient pas [10].

C - INDICATIONS

Des recommandations françaises [6] soulignent les indications, contre-indications, conditions de mise en œuvre, et de suivi de la chirurgie de l'obésité. Celles-ci précisent notamment que la chirurgie doit être réservée aux patients souffrant d'obésité stable (ou s'aggravant) depuis au moins cinq ans, malgré une prise en charge médicale multidisciplinaire. De plus, elle doit être proposée uniquement aux patients présentant une obésité morbide ($IMC > 40 \text{ kg/m}^2$), ou sévère ($IMC > 35 \text{ kg/m}^2$) si celle-ci est associée à des comorbidités [6]. En particulier, certaines comorbidités (cardiorespiratoires, articulaires et métaboliques sévères – diabète, dyslipidémies) qui représentent une menace pour le pronostic vital ou fonctionnel. L'indication ne peut être envisagée qu'après l'échec d'une prise en charge multidisciplinaire (diététique, éducation physique, psychologique, traitement des complications et des comorbidités) poursuivie pendant 6 à 12 mois. Ces mois sont comptés en cumulés, en ajoutant les mois ou les trimestres discontinus de prise en charge spécialisée correcte. De plus, un suivi à long terme après intervention chirurgicale bariatrique, doit pouvoir être assuré par la même équipe multidisciplinaire.

Les candidats à une intervention chirurgicale bariatrique doivent être confiés à des centres multidisciplinaires consacrés à la prise en charge médicochirurgicale des obèses ou, à défaut, à des équipes travaillant en réseaux comprenant chirurgien, nutritionniste, diététicien, endocrinologue, psychiatre, psychologue, pneumologue, gastroentérologue. Le suivi, à distance de l'intervention, doit être assuré par ce groupe multidisciplinaire en étroite collaboration avec le médecin traitant.

D - LES DIFFERENTES TECHNIQUES ET LEURS RESULTATS

Près de 15000 interventions de chirurgie bariatrique sont pratiquées chaque année en France : plus de 9000 anneaux de gastroplastie, environ 3000 bypass gastrique, et plus de 2000 gastrectomies longitudinales (sleeve gastrectomies). D'autres techniques plus rarement réalisées, dont nous ne parlerons pas ici, comme la diversion biliopancréatique, sont réservées à des cas particulièrement sévères [11]. La gastroplastie verticale calibrée ou intervention de Mason [12] est de moins en moins réalisée, car elle a une efficacité comparable à celle de l'anneau, est plus difficile à réaliser que ce dernier, et présente davantage de complications postopératoires.

Les résultats, à long terme, des interventions chirurgicales bariatriques, c'est-à-dire leur efficacité sur l'amaigrissement sont exprimées en pourcentage de réduction de l'excès de poids [13].

D.1 L'ANNEAU GASTRIQUE

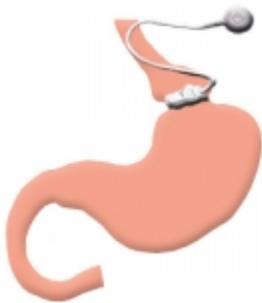


Fig.1

Principe :

Cette technique consiste à serrer l'estomac à sa partie supérieure par un anneau rempli d'eau stérile relié à un boîtier sous-cutané (Fig1). Le radiologue ou le chirurgien règle le degré de striction de l'anneau en injectant dans ce boîtier la quantité d'eau stérile souhaitée. L'estomac se trouve ainsi partagé en 2 poches (Fig1).

Le patient ressent une sensation de satiété lorsque la poche supérieure, d'un volume habituel d'environ 15 ml, est pleine. Cela exige une grande discipline de la part du patient. En effet, il doit impérativement mâcher finement les aliments, ce qui demande du temps et une bonne dentition. Il doit choisir les aliments en évitant les sucres rapides et les graisses, et éviter de boire en mangeant [14].

Efficacité des anneaux gastriques sur la perte de poids :

Une revue de littérature [15] indique une réduction moyenne de l'excès de poids de 45% un an après l'intervention, et de 55% à deux ans. En moyenne, l'IMC diminue de 11kg/m² en deux ans. Pour cette technique, le niveau de preuve est faible (niveau C), car nous ne disposons que peu d'études avec un recul supérieur à cinq ans.

Notre expérience à l'hôpital Avicenne, concernant plus de 300 gastroplasties, permet de constater une chute moyenne de l'IMC de 44 à 35kg/m² la première année (baisse de 9kg/m²), et de 35 à 32kg/m² la deuxième année, soit une chute moyenne de 12kg/m² et une perte de 57% de l'excès de poids en deux ans. La qualité de nos résultats est inversement proportionnelle à l'indice de masse corporelle. Pour un IMC initial compris entre 35 et 50kg/m², on enregistre 78% de bons résultats. On considère comme bon résultat une diminution de l'excès de poids supérieur à 50%. Lorsque l'IMC initiale se situe entre 50 et 55kg/m², le pourcentage de bons résultats passe à 32%. Il n'est plus que de 5% pour un IMC initial supérieur à 55kg/m². Pour les patients porteurs d'un anneau depuis plus de deux ans, l'anneau est un échec avec amaigrissement insuffisant, c'est-à-dire une perte d'excès de poids inférieure à 25% dans 20% des cas.

Les complications :

La durée moyenne d'hospitalisation est de 4,5 jours. Dans les suites postopératoires, on relève un taux moyen de mortalité de 0,14% [16]. Le taux moyen de complication est de 4%. Les complications postopératoires de l'anneau sont la perforation gastrique ou de l'œsophage passée inaperçue lors de l'intervention, la dilatation aigue de l'estomac avec glissement précoce de l'anneau, les complications respiratoires (pneumopathies) et thromboemboliques, les hématomes sur orifice de trocart et les infections du boitier [16]. En pratique, la survenue d'une fièvre postopératoire doit conduire à éliminer une perforation méconnue par un contrôle radiographique systématique, c'est-à-dire faire un scanner qui étudie les bases pulmonaires à la recherche d'une atélectasie et la région hiatale à la recherche d'un abcès.

A long terme, on compte 11% de complications [17]. Trois d'entre elles, au moins, peuvent conduire à un ré intervention abdominale :

- la dilation de la poche ;
- la migration intragastrique ;
- la dilatation œsophagiennes.

Il peut y avoir des problèmes de boitier ou de tubulure, qui nécessitent également une ré intervention, et des complications fonctionnelles (pyroris, vomissements).

On doit ré intervenir dans environ 8% des cas [16]. La moitié de ces reprises concernent des problèmes de tubulures ou de boitiers.

L'équipe qui assure le suivi, à long terme du patient, doit être alertée par la survenue de vomissements fréquents, d'une dysphagie, de douleurs épigastriques, ou d'un arrêt de l'amaigrissement. Cela peut être le témoin d'une complication (déplacement de l'anneau, migration intragastrique) ou d'une inefficacité d'un anneau insuffisamment serré. Un transit œsogastroduodéal et une consultation avec le chirurgien ayant posé l'anneau doivent être réalisés dans les plus brefs délais.

D.2 LE BYPASS GASTRIQUE

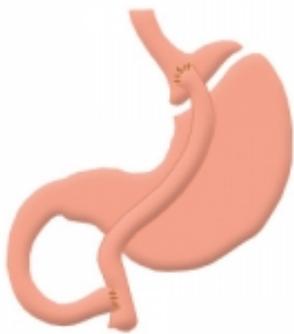


Fig.2

Principe :

Il consiste à court-circuiter l'estomac, le duodénum, et le jéjunum proximal (Fig2). On ne conserve qu'une très petite portion du haut de l'estomac que l'on abouche dans le jéjunum. L'essentiel de l'estomac, dans lequel n'entrent pas les aliments, est laissé en place. Il en résulte une mauvaise absorption de certains aliments, en particulier des graisses, entraînant un amaigrissement.

Efficacité du bypass gastrique sur la perte de poids :

Les résultats sont meilleurs que ceux qui sont obtenus après anneau gastrique. D'après deux revues de la littérature, on note une diminution moyenne de l'IMC de 15kg/m² à un an de 18kg/m² à deux ans, et une perte d'excès de poids en moyenne de 60% à un an et de 75% à deux ans [16, 18]. Pour cette technique, le niveau de preuve est élevé (niveau A), car nous disposons d'études avec un recul supérieur à 10 ans.

Les complications :

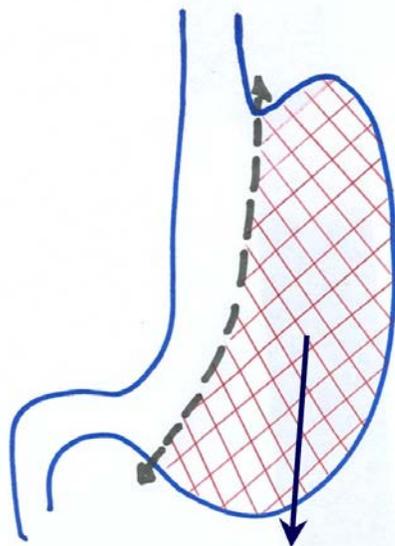
La durée moyenne d'hospitalisation est de 11 jours. Les complications postopératoires sont plus fréquentes qu'avec la technique de l'anneau, du fait de la complexité plus importante du geste chirurgical comportant une anastomose gastrojéjunale et une anastomose jéjunojéjunale. En postopératoire, on relève un taux de mortalité moyen de 0,6% [18] et un taux de morbidité moyen de 10% [15] (plus de deux fois supérieures à celui de l'anneau). Les complications médicales postopératoires ont une prévalence de 3%. Les plus fréquentes sont l'accident thromboembolique (1%), la rhabdomyolyse responsable d'insuffisance rénale aiguë, et les complications pulmonaires à type de pneumopathies. Avec pour objectif de réduire l'incidence des pneumopathies postopératoires, il est préconisé de faire effectuer aux patients une préparation kinésithérapique respiratoire préopératoire. La prévention des accidents thromboemboliques repose sur l'héparinoprophylaxie par héparine de bas poids moléculaire (HBPM), la contention veineuse mécanique par bas antithromboses, et la compression mécanique intermittente. Les détresses respiratoires aiguës peuvent avoir de nombreuses étiologies, notamment une inhalation après une intubation difficile, mais quand elles surviennent brutalement après des suites opératoires initialement favorables, la première cause à rechercher est une fuite anastomotique.

Le taux moyen de fistules digestives est de 2% [18]. Dans la grande majorité des cas, elles induisent une péritonite dont l'évolution est fatale en l'absence d'un diagnostic et d'une ré intervention précoce. Une cœlioscopie diagnostique doit être effectuée en urgence, au moindre doute qui peu être une tachycardie supérieure à 120 pulsations par minute, une dyspnée inexplicée, la survenue de troubles psychiques. Lors d'une péritonite chez l'obèse, la fièvre est le plus souvent absente et l'examen de l'abdomen non contributif. L'incidence moyenne des hémorragies postopératoires est de 2% [18]. Que le saignement soit intrapéritonéal ou intraluminal, la cœlioscopie diagnostique est encore ici le meilleur moyen de diagnostic. Les occlusions précoces ont une incidence de 1,4% [18]. Le plus souvent elles sont le fait de hernies internes, d'occlusions sur orifices de trocars, de malfaçons et imposent toujours une ré-intervention. Enfin, les hématomes et sepsis sur orifice de trocart ont une incidence moyenne de 2%.

A distance de l'intervention, et le plus souvent lors de la première année postopératoire, peuvent survenir des ulcères anastomotiques le plus souvent traités médicalement, des fistules gastrogastriques qui nécessitent une ré-intervention, des sténoses de l'anastomose gastrojéjunale traitées par dilations pneumatiques endoscopiques, des occlusions du fait de brides ou de hernies internes nécessitant une ré-intervention. D'après Marmuse et al. [18], le taux de complications secondaires est de 8%. Il faut également ajouter des troubles nutritionnels plus ou moins graves (carences vitaminiques pouvant évoluer vers l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke, et le Béribéri). Cela nécessite une surveillance rigoureuse et un apport complémentaire vitaminique à vie.

Les responsables du suivi doivent être alertés par la survenue de vomissements ou de douleurs abdominales témoins d'une sténose de l'anastomose gastrojéjunale ou d'une occlusion nécessitant un avis chirurgical urgent. La survenue du dumping syndrome (remplissage soudain de l'intestin grêle) impose des conseils diététiques (alimentation moins sucrée). L'apparition d'une diarrhée peut être corrigée par des ralentisseurs du transit et des conseils diététiques (alimentation pauvre en graisses).

D.3 LA SLEEVE GASTRECTOMIE OU GASTRECTOMIE LONGITUDINALE



ablation de plus des 2/3 de l'estomac

Fig.3

Principe :

La sleeve gastrectomie consiste en une gastrectomie partielle laissant un volume gastrique d'environ 100 ml que se vidange naturellement dans le duodénum (fig.3).

Efficacité de la sleeve gastrectomie sur la perte de poids :

Cette nouvelle intervention entraîne une perte de poids notable [19], mais les résultats à long terme sont à préciser. Les résultats préliminaires indiquent une réduction de l'excès de poids de 60% et une chute de l'IMC de 15kg/m² en un an [20, 21]. A ce jour, il n'y a pas d'étude publiée avec un suivi supérieur à 3 ans. D'après notre expérience de 225 cas, cette intervention entraîne une chute de l'IMC de 14 kg/m² et une perte de 55% de l'excès de poids en un an, et de 16 kg/m² avec une perte de 58% de l'excès de poids en deux ans. Néanmoins, il est connu que la perte de poids peut stagner, et même que des patients peuvent reprendre du poids dès le premier anniversaire d'une sleeve gastrectomie. Les résultats de la sleeve gastrectomie sont incertains à long terme et doivent être précisés. D'après Regan et al. [22], si la perte de poids est jugée suffisante plus d'un an après l'intervention, on s'en tient là; la sleeve gastrectomie est le traitement définitif. Dans le cas contraire, la sleeve gastrectomie n'est qu'une première étape et on réalise un bypass gastrique dans un deuxième temps (fig.4). La deuxième intervention est réalisée dans de meilleures conditions techniques chez un patient ayant maigri, et ayant des comorbidités moins sévères. Les risques opératoires du bypass gastrique étant ainsi réduits.

Les complications :

Elles sont moins importantes que celles du bypass gastrique lors de la période postopératoire. D'après notre expérience, la morbidité est de 6%. Aucun cas de mortalité n'a été rapporté à ce jour dans la littérature. En postopératoire, le patient est exposé aux risques de complications médicales (embolie pulmonaire, pneumopathie), et aux risques de complications chirurgicales (fistules digestives, abcès sous-phrénique, hémorragies) [23]. D'après les études récemment publiées [20, 21, 24], le taux moyen de complications postopératoires est de 5%, donc deux fois inférieur à celui constaté après bypass gastrique. A ce jour, il n'y a pas eu de complication rapportée à long terme après sleeve gastrectomie.

L'équipe assurant le suivi doit surveiller attentivement l'évolution pondérale du patient et ré-adresser ce dernier au chirurgien en cas de stagnation de la perte de poids ou une reprise de poids.

E - CHOIX DE LA TECHNIQUE

Alors qu'aux Etats-Unis le bypass gastrique est volontiers proposé en première intention, la stratégie française est plus nuancée et liée à l'IMC du patient. La gastroplastie par anneau gastrique est habituellement réalisée lorsque l'IMC est inférieur à 45kg/m².

Le bypass gastrique est indiqué dans trois situations :

- . Pour un IMC supérieur à 45kg/m²;
- . Après complication d'un anneau gastrique;
- . En cas d'échec d'un anneau gastrique.

Cette stratégie de choix s'explique parce que le taux de morbidité postopératoire après bypass gastrique est important. Il est vrai qu'en France, nous réalisons des bypass gastriques dans les conditions les plus difficiles de superobésité ou de complication ou d'échec après anneau gastrique.

Depuis 5 ans, lorsque l'IMC est supérieur à 45kg/m² ou même après échec ou complication d'anneau pour certains, des équipes, dont nous-mêmes, réalisent une sleeve gastrectomie comme premier temps d'une prise en charge chirurgicale bariatrique [24]. Si la perte d'excès de poids est satisfaisante, plus d'une année après l'intervention initiale, on s'en tient là, la sleeve gastrectomie est alors un traitement définitif. Dans le cas contraire, la sleeve gastrectomie n'est qu'une étape avant la réalisation d'un bypass gastrique, dans de meilleures conditions, chez un patient ayant déjà maigri, plus d'un an après l'intervention initiale.

F - LES CONTRE-INDICATIONS DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

Les troubles psychotiques

Les patients sous tutelle ou curatelle

Les troubles sévères de la personnalité

L'éthylisme chronique non sevré

La toxicomanie

Les maladies évolutives (cancers, SIDA)

La maladie de Cushing

Les contre indications de l'anesthésie générale

Les contre indications relatives telles l'hernie hiatale et le reflux gastro

œsophagien, et les troubles moteurs de l'œsophage pour la technique de l'anneau

Un âge inférieur à 18 ans ou supérieur à 65 ans.

2 LA CHIRURGIE BARIATRIQUE POUR QUI ?

La chirurgie bariatrique est le traitement de choix de l'obésité morbide [6].

Le nombre d'actes de chirurgie bariatrique pratiqué en France est passé d'environ 2000 en 1995 à 10 000 en 2000 et à plus de 15 000 en 2008.

- 9000 anneaux
- 3000 bypass
- 2000 sleeve gastrectomies

Les interventions les plus pratiquées en France ces 10 dernières années ont été la gastroplastie par anneau ajustable et le bypass gastrojejunal [6].

La chirurgie de l'obésité a pour impact indéniable de diminuer l'IMC, donc de faire perdre de la masse grasse, d'améliorer la qualité de vie et, d'agir en améliorant ou faisant disparaître les comorbidités liées à l'obésité.

En France, l'organisation de la chirurgie bariatrique demande à être améliorée [6]. De plus, l'ensemble des médecins et chirurgiens reconnaissent la nécessité de préciser et d'actualiser les référentiels médicaux existants tant sur le plan des indications de la chirurgie que du suivi des malades [7]. En effet, la connaissance et la compréhension du profil psychosocial des candidats obèses pendant la période préopératoire permettra d'améliorer leur sélection et par la même, de rendre plus pertinente l'indication de la chirurgie pour de meilleurs résultats à plus ou moins long terme [25].

Parce que l'intérêt pour la chirurgie bariatrique ne cesse de croître et que de nombreux patients obèses veulent y avoir accès, il devient impératif qu'un grand nombre d'études soient réalisées, pour définir le rôle que la personnalité et les facteurs psychologiques des patients, peuvent avoir dans les résultats de la chirurgie bariatrique. En effet toutes les évaluations préopératoires montrent qu'un grand nombre d'obèses candidats à la chirurgie bariatrique présentent des troubles psychiatriques [26].

Faut-il alors tous les opérer sans distinction de statut psychiatrique ou bien à l'inverse subdiviser les obèses en groupes de candidats au profil adéquat ou non quant à la réalisation de l'acte chirurgical ?

L'évaluation du comportement et du statut psychosocial du patient obèse avant la chirurgie joue un rôle important pour le choix de la prise en charge médico-chirurgicale et de son suivi [26, 27].

Ainsi les différents questionnaires et échelles d'évaluations employés à définir leur statut, permettent d'identifier les facteurs prédictifs négatifs ou positifs qui pourront potentiellement être de bons ou de mauvais facteurs quant à l'efficacité ou non du traitement chirurgical.

On obtiendra ainsi les conditions médicopsychosociales optimales pour fournir au patient et à l'équipe pluridisciplinaire les éléments de support, afin d'organiser un suivi efficace avant et après l'opération [28, 29].

Le but de ces évaluations est d'optimiser la réelle et bonne indication de cette méthode complexe et efficace, comportant des risques postopératoires divers, mais aussi coûteuse, afin de diminuer la prévalence des comorbidités, donc la réduction de leurs conséquences sur l'utilisation des ressources du système de santé par perte de productivité causée par l'incapacité socioprofessionnelle de même que par l'amélioration de la qualité de vie [29,30].

3 METHODE D'ETUDE DES COMPORTEMENT ALIMENTAIRES ET SOCIAUX

Les patients obèses sélectionnés pour une chirurgie de l'obésité ne doivent pas avoir de contre indication chirurgicale ou anesthésique [31].

Les méthodes employées afin d'élaborer le statut psychosocial du patient obèse candidat à la chirurgie bariatrique sont des enquêtes se réfèrent à différents questionnaires remplis par les patients durant leur évaluation préopératoire dans un contexte multidisciplinaire (endocrinologue, diététicien, nutritionniste, psychologue, psychiatre, gastroentérologue, médecin généraliste). Les questionnaires utilisés sont :

- **Le TCI (Temperament and character inventory) [32]** : 240 items désignés pour évaluer 5 tempéraments :
 - La recherche de la nouveauté
 - L' évitement du mal
 - La ténacité
 - La dépendance à la récompense
 - Et 3 caractères distincts : les francs parlers, les coopérateurs, les personnes sachant se surpasser.

- **Le score d'Hamilton B[33, 34]** pour l'évaluation de la sévérité de la dépression (21 items) et Hamilton A pour l'anxiété (14 items évaluant à la fois le degré psychique et somatique des symptômes anxieux)

- **Le BDI (Beck depression inventory) [35]** : 21 items évaluent le niveau de la dépression en cours et ses symptômes. Un score élevé est en relation avec le degré de sévérité de la dépression.

- **le BSQ (body Shape questionnaire) [36]** : 34 items permettent d'évaluer l'insatisfaction du corps et son image. Un score élevé reflète un mécontentement de l'image du corps important.

- **Le RSE (Rosenberg self esteem scale):**10 items mesure l'estime de soi. Un score élevé montre une estime de soi importante.

- **Le CTQ (childhood trauma questionnaire) [37]** : 5 domaines sont évalués : l'abus émotionnel, l'abus physique, l'abus sexuel. Les négligences

psychologiques et les négligences physiques. Les scores obtenus sont spécifiques et sensibles à plus de 85%.

- **EDEQ (eating disorder examination questionnaire) [38]**: ce questionnaire présente 4 sous groupes la restriction diététique, la préoccupation du poids, la préoccupation de la forme du corps, la préoccupation de la nourriture. Plus le score obtenu est élevé, plus la sévérité et/ou la fréquence du trouble est importante. Ce questionnaire a reçu un support international pour évaluer les troubles du comportement alimentaire dans la population générale et donc aussi chez les obèses.
- **Le PDSQ (psychiatric diagnostic screening questionnaire) [39]** :126 questions évaluent les symptômes de 13 désordres reconnus dans le DSM IV.
5 domaines sont utilisés :
 - *Les troubles du comportement alimentaires* :BED (binge eating disorder) et boulimie
 - *Les troubles de l 'humeur*, telle la dépression et trouble bipolaire,
 - *Les troubles anxieux*, tels la phobie agoraphobie, la phobie sociale, le stress post traumatique, le trouble panique, le trouble obsessionnel compulsif
 - *Les troubles d'abus et/ou de dépendance aux substances*, alcool drogue et autres addictions
 - *Les troubles somatoformes* : hypochondrie , dysmorphie corporelle
 - *Les troubles dissociatifs* : dépersonnalisation
- **Le MCSD (Marlowe crowne social desirability scale)[40]** : 33 items qui font référence à la tendance d'une personne à déformer sa propre présentation à l'égard du préjugé social. Un score élevé suggère un besoin élevé d'approbation à l'examen d'évaluation. Récemment le MCSD est interprété comme un résultat montrant la volonté d'éviter la non approbation plutôt que de rechercher l'approbation. Les items décrivent chaque comportement souhaitable mais singulier ou non souhaitable mais commun. Les échelles sont organisées en réponses vrais ou fausses.18 items indiquent la bonne direction et 15 la fausse. Il y a donc un score de 0 à 33, et plus il est élevé plus le désir d'approbations est important.
- **le DSM IV et la classification Cluster A B C (voir annexe 1) [39]**
- **Le SCL-90 check List symptom (voir annexe 2) [41]**
- **Rand-36 health survey(RAND 36) (voir annexe 3) [42]**

4 PROFILS PSYCHOLOGIQUES DES PATIENTS OBÈSES

4-1 INTRODUCTION

La chirurgie bariatrique fournit des résultats significatifs sur la perte de poids chez les obèses morbides [6]. Cependant, la chirurgie n'est pas la seule cause du succès. Des facteurs non techniques, comme le statut psychologique du patient obèse avant l'opération, joue aussi un rôle prédictif significatif de réussite ou non pour la perte de poids et le maintien de cette perte de poids. Ainsi, certains traits de personnalité relevant du comportement alimentaire et de l'adaptation du comportement après l'opération, peuvent entraîner des difficultés de compliance face aux demandes imposées par la chirurgie bariatrique [43]. C'est pourquoi, la chirurgie bariatrique doit être considérée comme une modification forcée du comportement (a forced behavior modification) [44], pour laquelle une évaluation psychologique incluant l'évaluation de la personnalité du patient est tout à fait justifiée pour la sélection des patients à cette chirurgie.

La recherche des différents traits de personnalité pouvant entraîner un facteur de réussite quant aux résultats sur la perte de poids après chirurgie bariatrique, amène à des conclusions diverses et variées, voire parfois contradictoires ou simplement divergentes [26]. Il est certain que plus le nombre de troubles de la personnalité sont diagnostiqués, moins les résultats en post opératoire sont probants, tous désordres psychiatriques confondus [26].

Ainsi, il est clair que, plus les niveaux de gravité des troubles de la personnalité relevés chez les patients obèses sont faibles, meilleur sera le résultat de la chirurgie bariatrique [45].

Un niveau faible d'anxiété, chez un patient concerné par sa pathologie avec une bonne intégration psychosociale et une compliance au traitement multidisciplinaire envisagé, aura un meilleur résultat de perte de poids après l'opération.

Il est important de souligner que l'on a observé que bons nombres d'instruments utilisés lors des consultations préopératoires, qui diagnostiquent les désordres psychologiques selon des scores spécifiques aux différents tests, sont très précis et très sensibles [46].

Dés lors, il est possible que certains traits de personnalité telle la force d'adaptations pour le maintien de perte de poids, n'ont pas été détectés lors de ces consultations préopératoires psychiatriques. De plus, n'importe quelle investigation sur la prédiction de résultats postopératoire, par rapport à la

personnalité du patient doit inclure l'évaluation du statut psychopathologique préopératoire [26,46, 47].

En effet, les comorbidités psychiatriques sont fréquentes et courantes chez l'obèse morbide, trouble anxieux, troubles du comportement alimentaire, troubles de l'humeur. Ils influencent la perte de poids de manière très variable [48]. Ces désordres psychiatriques interfèrent dans l'évaluation de la personnalité du patient, et sont une source de conclusions erronées quant à la description de la personnalité du patient [49].

Il est donc tout à fait probable que certains résultats concernant certains échantillons de patient obèses quant à leur personnalité soient dus à la comorbidité psychiatrique [32] actuelle lors de la consultation préopératoire.

4-2 PROFIL GENERAL DE L'OBÈSE

Comme nous l'avons dit la chirurgie bariatrique est une modification forcée du comportement alimentaire, et l'opération chirurgicale en tant que telle, représente seulement un élément permettant la perte de poids [26].

L'étude Van Hout [26] montre que la plupart des patients ont comme principales motivations au traitement chirurgical leurs problèmes de santé à 94%, la limitation dans leurs activités (62%), et les troubles psychosociaux (40%). Ils ont tous majoritairement peu de résultats avec le traitement symptomatique, régime alimentaire et hygiène de vie.

Ils attendent tous une amélioration quant à leurs activités psychosociales (61%), une perte de poids à long terme (52%), et l'effet de satiété (46%). De plus, ils rapportent tous, les influences négatives de l'obésité sur plusieurs aspects de leur vie, en plus de leur comorbidités concernant leur santé, telles leur humeur à (76%), leur personnalité (67%), leur relation psychosociale (35%), leurs relations sexuelles 56%, leur relation de couple (35%), la construction dans la relation avenir (24%).

Plus de la moitié des patients sont devenus obèses jeunes avant 25 ans (53%), et la plupart soulignent que la cause première de leur obésité est due à leur comportement alimentaire. Le profil psychologique, la personnalité, les comorbidités sont en effet des éléments importants voire parfois prédictifs d'un résultat postopératoire [44]. Remarquons également que les obèses, en plus de leur symptômes dus à leurs comorbidités, doivent lutter contre les conséquences psychosociales engendrées par leur propre obésité, telles la dépression et la perte d'estime de soi, le rejet social par discrimination, d'où la perte de bien être et de qualité de vie [26]. Ces conséquences psychosociales sont amplifiées chez les obèses morbides qui recherchent le traitement chirurgical [26, 50]. Il est important de souligner qu'il émerge de la littérature un profil psychologique des obèses

morbides qui recherchent la chirurgie bariatrique comme traitement de leur obésité. Ils sont décrits comme immatures, impulsifs avec une tendance à être dans le déni non compliants au traitement, et évitant de faire face aux obstacles. En même temps une autre image émerge suggérant que la psychopathologie, telles la dépression, l' anxiété, et la perte d'estime de soi chez ces obèses feraient partie des comorbidités de l'obésité morbide. Enfin, le comportement de l'obèse face à la nourriture est caractérisé par un contrôle rigide en alternance avec une désinhibition, la compulsion boulimique et plus fréquemment le "grazing", c'est à dire, des grignotages fréquents de nourritures ou de boissons très caloriques, ou encore le "craving"(crave, qui signifie affamé en anglais) qui est une compulsion alimentaire difficilement contrôlable qui pousse à manger de toute urgence un aliment très apprécié pour obtenir un plaisir immédiat (aliment chocolaté dans 40% des cas). C'est aussi un phénomène d'adaptation au stress.

Certains patients apparaissent plus résistants face à l'impact négatif de leur extrême obésité, et fonctionnent bien alors que d'autres sont très affectés par cette même obésité morbide [51,44].

En effet, il existe un profil psychologique différent entre les patients obèses se présentant pour la chirurgie bariatrique, et le profil d'un échantillon de la population générale [52].

4-3 LES SYMPTOMES PSYCHOLOGIQUES DÉTAILLÉS DE L'OBÈSE

Le groupe de patients obèses présentent plus de symptômes psycho neurotoniques de détresse et de plaintes somatiques fonctionnelles. Ils ont une attitude négative concernant leur corps. Ils ont plus de troubles du comportement alimentaires dont la boulimie, savent moins s'adapter aux problèmes et y faire face et ont une qualité de vie moindre. Les études suggèrent également un profil psychologique différent entre celui des femmes obèses et celui des hommes obèses candidats à la chirurgie [26, 44]. Concernant le fonctionnement social, seul le score des femmes obèses est significativement moindre quant à l'égoïsme et le comportement extraverti en société, et l'estime de soi. Les sentiments d'inefficacités et d'incompétences et de perfectionnisme sont plus importants par rapport aux hommes obèses et à la population générale [53]. Elles sont plus vulnérables pour développer des troubles psychologiques plus que les hommes obèses et que la population générale. Quant à la capacité de faire face aux obstacles dans la vie, les femmes ont un score moindre que celui des hommes et que celui de la population générale. Elles sont plus enclines à rechercher le soutien social que les hommes d'où leur choix plus fréquents à choisir la chirurgie pour les aider [52, 53]. De plus concernant la maîtrise de sa bonne santé, les femmes et hommes obèses ont un score moindre que celui de la population générale. Ils y accordent moins d'importance.

Hommes et femmes obèses ont un score élevé quant à l'image négative qu'ils ont de leur corps et un score plus élevé donc dans le fait de vouloir être plus maigres [36]. L'insatisfaction du corps ressentie par la femme obèse est plus importante que celui de l'homme [53]. Les troubles du comportement alimentaire, comportement boulimiques et anorexiques sont plus importants chez la femme et chez l'homme obèse que dans la population générale, mais la femme à un score plus élevé concernant le fait de manger suite à un facteur déclenchant du domaine de l'émotionnel [44,53].

Quant au domaine de la qualité de vie, les femmes obèses rapportent plus de difficultés quant à leur santé et les problèmes physiques que les hommes et la population générale [52, 53, 54]. Ces différents résultats montrent aussi que l'interrogatoire préopératoire est important et tend à être objectif puisque les patients répondent [55]. Par ailleurs, on notifie le fait de ne pas être en accord avec certaines études suggérant que certains candidats ont tendance à être dans le déni de leur problème donc à répondre moins objectivement afin de paraître en meilleur santé psychologique en cachant leurs difficultés pour être acceptés pour la chirurgie, ou bien ils seraient dans une forme de déni plutôt pour faire face à

leurs problèmes. Ce serait alors un mécanisme de défense visant à éviter les émotions négatives et non pas à mentir lors de leur interrogatoire [44].

L'objectif de l'évaluation psychologique du patient candidat à la chirurgie bariatrique au vue de ses nombreux problèmes psychosociaux n'est donc pas de l'exclure de ce traitement à haut risque mais efficace, mais plutôt de permettre à l'équipe médicale et au patient sélectionné d'obtenir une efficacité de ce traitement chirurgical via une sélection rigoureuse en faisant ressortir la personnalité de l'obèse qui saura au mieux bénéficier de résultats positifs à court et long terme [56]. Puisque la chirurgie bariatrique contribue à un changement bénéfique du fonctionnement social en général, en plus de l'amélioration sur l'état de santé, la vaste majorité des patients obèses ayant eu la chirurgie bariatrique, est complètement satisfaite des résultats obtenus [56].

C'est vrai que certains obèses voient des résultats inverses se produire comme une cessation précoce de perte de poids, un regain de poids, le développement de troubles du comportement alimentaire, des troubles psychiatriques, une détérioration de la qualité de la vie [57].

Hormis le choix inapproprié de la technique chirurgicale ou l'inexpérience du chirurgien, la cause majeure de ces mauvais résultats post chirurgicaux, est la difficulté du patient à ajuster ses modifications de comportement alimentaire et de suivre les restrictions sévères du médecin qui le suit [58].

Il est donc impératif au vue des diverses variables psychosociales et de comportement alimentaire sur l'efficacité de la chirurgie d'évaluer le patient en pré opératoire [44, 46, 58]. Ceci n'est pas seulement pour permettre d'identifier les facteurs potentiellement menaçant pour l'efficacité du traitement chirurgical mais aussi pour éliminer ou au moins atténuer les influences nuisibles quant au résultat de celle-ci. La qualité de l'analyse lors de l'interrogatoire fait ressortir les éléments importants à objectiver dans le procédé consistant à qualifier les obèses candidats à la chirurgie bariatrique [58, 59].

A - LA PSYCHOLOGIE GENERALE ET LES CONDITIONS DE SANTE MENTALE DE L'OBESE

La présence de troubles psychotiques (schizophrénie) du patient obèse est toujours une contre indication à la chirurgie [3, 6, 7, 60]. En effet, il est communément dit que ces troubles psychiatriques sont associés à l'augmentation du risque de complication post chirurgical tant au niveau somatique que psychologique [3, 6, 7]. La majorité des patients obèses souffre de troubles de l'humeur surtout de différents degrés de dépression [61]. Notons que cette dépression n'a pas d'influences négatives sur la perte de poids. De plus les symptômes liés à la dépression ont tendance à diminuer progressivement avec la perte de poids ce qui indique clairement que l'obésité est une des causes importantes dans le développement de la dépression [62, 63]. Ainsi la simple présence d'un trouble psychiatrique ne doit pas déterminer si un patient doit être exclu ou pas de l'opération. Le facteur décisif est plutôt le degré de sévérité du trouble [59]. Le patient révélant un trouble grave ne pourra ni suivre les instructions post chirurgicales et ne pourra être conscient d'une telle décision quant à cette méthodes invasive [64].

B - CIRCONSTANCES DU DEVELOPPEMENT DE L'OBESITE ET HISTORIQUE CONCERNANT LE COMBAT FACE A CETTE OBESITE

L'expérience d'une personne obèse qui n'a jamais été mince, et qui est donc obèse depuis son enfance est très différente de la personne qui a pu vivre en un sens le bonheur d'avoir un corps d'un poids normal [65]. La manière de le vivre et de se battre contre les problèmes engendrés par l'obésité est significativement différente dans le cas de ces deux personnes. Cette différence est très certainement la source des problèmes absolument différents qui surviennent dans la période post chirurgicale [43, 51]. Les études montrent que les obèses qui ont fait face toute leur vie a leur obésité peuvent vivre des périodes de dépersonnalisation en ce sens qu'ils ne sont plus eux-mêmes une fois un poids normal atteint [47, 65]. D'un autre côté, les personnes ayant toujours été minces, qui plus tard ont pris du poids, et qui vont le reperdre avec la chirurgie bariatrique, développent très souvent une anxiété majeure de reprendre du poids et souffrent alors de troubles du comportement alimentaire [33, 34]. L'analyse de l'histoire de ces patients quant a leur succès ou échec pour tenter de perdre du poids, fournit des informations valables quant aux méthodes employées pour perdre du poids et leur degré d'efficacité, tant sur le maximum de poids perdu que la plus longue durée de maintien, de ce poids perdu [59]. Ainsi les patients, surtout ceux qui ont su employer ces méthodes pour perdre du poids et qui ont réussi, sont encouragés à essayer de poursuivre dans cette voie avec leurs méthodes traditionnelles d'hygiènes de vie telle le changement de comportement alimentaire et l'activité physique [65].

C - STYLE DE VIE, COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET FONCTIONS DE LA NOURRITURE

Le style de vie du patient a un rôle majeur dans le résultat à long terme de la chirurgie bariatrique [44]. Dans la période qui suit la chirurgie la perte de poids est importante et rapide; l'apport moindre de calories associées à un poids de base énorme en est la cause. Pourtant après cette période, ce procédé diminue graduellement, sauf pour ceux qui suivent à la lettre les recommandations des médecins [50]. Une activité physique intense est nécessaire pour un succès à long terme. Si le patient était déjà sportif il est fortement probable qu'il poursuive ses exercices physiques et qu'il continue donc à perdre du poids [36]. Celui qui est sédentaire devrait alors être motivé pour en faire. De plus, adopter une attitude positive quant à l'exercice physique et être motivé pour s'impliquer dans une activité physique formulée par le patient en pré opératoire est une aide cruciale qu'il lui faudra tenir [26, 27]. C'est donc important de recommander une activité sportive selon les préférences individuelles du patient. Le comportement alimentaire doit être analysé, tant sur la qualité que la quantité de nourriture consommée ainsi que l'emploi du temps des repas et la manière d'absorber des repas [35, 36, 38, 39]. La boulimie, les grignotages la consommation de nourriture la nuit, les repas trop rapides les boissons trop sucrées et sucreries en tout genre sont à bannir du répertoire de l'obèse candidat à la chirurgie. Leur témoignage montre de façon significative la déficience des obèses à contrôler leur comportement alimentaire [56]. Ce qui altère le résultat de la chirurgie met tout simplement la santé du patient en jeu [13, 16, 28, 31]. Hormis la fonction primaire d'apporter les nutriments nécessaires à l'organisme, la nourriture a pour l'obèse d'autres fonctions surtout psychosociales [54, 60]. Manger est une stratégie pour faire face au stress, le but est d'apporter immédiatement un contrôle sur les émotions suscitées par une situation stressante afin d'avoir une occupation autre, donc manger pour divertir l'attention de l'actuelle cause du problème présent. La nourriture régule les émotions qu'elles soient négatives ou positives [45]. Exemple : je passe mes examens, c'est un échec, je mange pour me consoler, je les passe avec succès, je mange pour célébrer le résultat.

Manger a aussi une fonction de compensation affective quant à la frustration de ne pas obtenir ce que l'on désire : la nourriture est alors un substitut d'émotions dans les relations, et situations matérielles désirées [59, 65].

Manger a aussi la fonction de passer son temps lors d'une situation ennuyeuse.

Ainsi la tâche du psychiatre sera de faire travailler le patient obèse sur les mécanismes intrinsèques qui le conduisent à adopter ces conduites qui font partie intégrale de la cause de leur obésité [65, 66].

D - LA STRUCTURE ET LA QUALITE DE L'ENTOURAGE PRIVE ET DU RESEAU SOCIAL DE L'OBESE

La perte de poids engendre des conséquences constructives et destructives quant à la qualité de la vie interpersonnelle du patient [10]. Il est donc important de faire comprendre au patient lors de l'interrogatoire pré chirurgical ces influences sur son entourage et de l'encourager à positiver le potentiel changement qui va se faire avec lui [65]. Avoir une famille proche et son soutien ainsi que de vrais amis sur lesquels on peut compter est un véritable atout pour le candidat à la chirurgie [26, 27].

Cet entourage apportera un réel soutien avant et après la chirurgie pour favoriser l'adaptation du patient aux instructions médicales [45, 65]. Parfois même, l'entière famille adopte des changements positifs sur leur mode de vie sur l'hygiène alimentaire et la pratique du sport.

A contrario, il faut noter que l'obésité du patient peut parfois servir à satisfaire les besoins du système familial. Alors la perte de poids est perçue tel un phénomène perturbateur et indésirable. Par exemple, les parents trop protecteurs qui ne veulent pas que leur seul adolescent devienne indépendant et quitte le foyer, veulent paradoxalement garder leur enfant obèse [65].

Cela survient également dans un couple où la personne obèse va en perdant du poids devenir plus attrayante physiquement et socialement.

Dans ces cas il apparaît une véritable frayeur dans l'environnement proche du patient qui ne va pas seulement refuser son soutien indispensable au patient mais va tenter de saboter le processus de perte de poids.

Ainsi il est tout à fait indispensable que le psychiatre élabore une relation clinique entre les personnes importantes pour le patient susceptible de perturber la perte de poids.

E - L'ATTITUDE DE L'OBESE FACE A LA CHIRURGIE BARIATRIQUE ***La connaissance du fonctionnement de la chirurgie et des mécanismes qui entraînent la perte de poids.***

Un des points fondamentaux ayant pour but la performance de l'évaluation psychologique du patient à ce stade pour sa candidature, est d'être certain que le patient est conscient et rationnel dans sa décision de s'engager à avoir ce traitement, ce qui est basé sur sa totale compréhension de la procédure du traitement [65]. Il est donc impératif de tester le patient sur ce domaine de compréhension, quant au bénéfice-risque associé au besoin d'établir une active et proche coopération interdisciplinaire avec le personnel, après la chirurgie [32, 33, 34, 40, 54, 55, 56, 67]. Le meilleur test est de questionner le patient avec des questions ouvertes et générales concernant le sujet afin d'obtenir des réponses spontanées. Cette procédure permet d'évaluer en un laps de temps court les informations comprises par le patients ainsi on peut identifier ses lacunes

éventuelles ou des détails mal interprétés ce qui permet un “feedback” sur de fausses convictions ou une éducation incorrecte voire incomplète.

La motivation pour la chirurgie et les attentes réalistes quant aux résultats qu'elle apporte.

La plupart des patients ont une décision rationnelle positive concernant leur santé qu'il traite d'investissement personnel [65]. Les patients qui souffrent d'obésité morbide avec de nombreuses comorbidités perçoivent le plus souvent l'opération comme une chance de prolonger leur vie [44, 65]. Un autre stimulus encourageant les patients est la volonté d'améliorer leur apparence tant pour améliorer leur fonction de mobilité que d'améliorer leur vie sexuelle [40, 68]. Le rôle du psychiatre n'est alors pas d'apporter un jugement quant à la nature de la motivation mais plutôt l'issue de la nature réaliste de la motivation et de ses attentes formulées alors par le patient. L'exemple caricatural mais pourtant vrai de l'attente irréaliste est l'obèse célibataire pensant que dans une courte période après la chirurgie il va passer de 150 kg à 50 kg, trouver un travail bien payé et un partenaire attrayant pour sa vie. Ainsi le psychiatre doit s'efforcer de faire formuler clairement les objectifs et les attentes de ce traitement invasif. Il peut arriver que les divergences et contradictions entre les attentes du patient et les effets attendus dans la réalité de la chirurgie soient si importantes que le patient décide lui-même de ne pas la faire [65, 69].

L'attention requise sur le besoin de changement permanent des habitudes de vie et la compliance au traitement et aux recommandations du médecin.

Le patient doit être complètement informé des changements drastiques qu'il doit adopter en post opératoire [67]. Il doit comprendre clairement que la chirurgie elle-même n'est simplement qu'un premier point dans un long traitement [43]. Que les conditions nécessitant le résultat final de ce traitement, sont la compliance au suivi interdisciplinaire et le changement de comportement alimentaire. Il faut qu'il comprenne l'auto discipline qu'il devra s'imposer à long terme pour rendre efficace la chirurgie [70]. On peut reporter la chirurgie du patient non favorable à changer ses habitudes après discussion avec le psychiatre dès ce stade de l'interrogatoire.

Le degré de préparation au changement de vie

Le changement dû à la perte de poids concerne toutes les sphères de la personne obèse. Que les conséquences soient positives, ou pas, cela requiert d'un effort personnel d'adaptation très important [51, 59, 71]. La situation nouvelle dans laquelle ils se trouvent est un challenge [72]. La plupart d'entre eux se sont battus depuis de nombreuses années avec leur obésité, et dans un sens ils ne sont pas complètement préparés aux bons changements qui vont survenir dans un temps très court après la chirurgie [61]. Pour la plupart des patients, dans la période

précédant la chirurgie, manger constitue une stratégie pour faire face à leurs émotions néfastes et au stress. Après cette intervention cette forme de défense pour faire face aux problèmes est formellement contre-indiquée et les patients sont donc vraiment face à une nouvelle situation pour faire face aux obstacles de la vie. Développer de nouvelles techniques pour réduire les dommages exercés par le stress sur l'organisme prend du temps [72]. Une des tâches du psychiatre sera alors d'intervenir dans une thérapie comportementale pour aider le patient à développer de nouveaux talents pour affronter les obstacles [54]. Plus précisément il est intéressant de notifier en détail les désordres psychiatriques présents parmi ces candidats à la chirurgie bariatrique et d'examiner la relation entre le degré d'obésité et le statut santé du patient [43,65]. En effet de nombreuses études, se sont concentrées sur les seuls désordres que sont le trouble du comportement alimentaire et la dépression mais il est clairement établi que les études doivent inclure d'autres troubles répertoriés du DSM 4, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux avec l'axe 1-troubles cliniques et l'axe 2-troubles de la personnalité [73].

4-4 PREVALENCE DE LA PSYCHOPATHOLOGIE CHEZ LES OBESSES

Les obèses qui se présentent pour la chirurgie bariatrique ont plus de maladies psychologiques que les individus obèses dans la population générale [74]. En outre, les individus obèses qui recherchent un traitement médicamenteux ou chirurgical ont plus souvent un antécédent de dépression et d'anxiété que ceux qui ne suivent que les mesures diététiques [50, 51, 52].

Deuxièmement, les individus sélectionnés pour la chirurgie ont une obésité morbide et les études montrent qu'il existe un lien entre la sévérité de l'obésité et certaines formes de troubles psychiatriques, spécialement la dépression et la boulimie [5, 9, 67, 75].

Troisièmement, l'obésité est associée à de nombreuses maladies physiques. A leur tour ces maladies sont associées elles aussi, à des troubles psychiatriques retrouvés dans des études cliniques et épidémiologiques [76]. Par exemple un fort taux de dépression est observé chez les obèses qui ont pour comorbidités les maladies cardiovasculaires et le diabète de type 2 [70].

Dans l'étude de Kalarchian et Marcus [43], la classe psychiatrique la plus communément retrouvée dans les antécédents des patients est le trouble de l'humeur à 45% dont la dépression 42 %, alors que celle retrouvée au moment de l'évaluation est le trouble anxieux à 24%.

Cette découverte nous fait poser la question de la stigmatisation sociale et de la discrimination concernant les obèses dans la société et aussi la peur d'une évaluation sociale négative exacerbant le taux d'anxiété et de comportement évitant chez les obésités morbides [43]. L'étude montre que le BED, se retrouve entre 27% dans les antécédents et 16% lors de l'interrogatoire chez les individus obèses; la prévalence est de 2% dans la population générale. La définition du BED est la consommation d'une large quantité de nourriture en une courte période de temps (moins de 2 heures), période pendant laquelle la personne perd le contrôle de cet acte. Sans surprise, l'obésité morbide et le BED sont associés à un risque élevé d'être en dépression parmi les obèses recherchant la chirurgie bariatrique comme traitement, en particulier les femmes [75]. Comme attendu, la classe trouble des conduites alimentaires montre que 29 % des patients en ont eu dans leur antécédent et 16% présentent encore ce trouble lors de l'interrogatoire. Les obèses morbides n'ont pas d'antécédents d'anorexie. Ainsi 66 % des patients reportent au moins un antécédent de trouble de l'axe 1.

Vingt neuf % présentent un trouble de la personnalité, selon l'axe 2 du DSM IV. Le trouble de la personnalité le plus fréquemment retrouvé est dans le cluster concernant en majorité (17 %) la personnalité évitante caractérisée par l'anxiété et la personnalité obsessionnelle compulsive caractérisée par la peur (7.6 %). Le score concernant le trouble obsessionnel compulsif est difficile à évaluer. En effet, les symptômes incluant l'inquiétude à propos des germes et de la saleté, ainsi que les compulsions de laver ou vérifier les actes réalisés, n'apparaissent pas être intrinsèquement liés à l'obésité elle-même. Pour ces patients obèses, l'obsession de leur poids est essentiellement une extension de ce trouble TOC retrouvé dans le statut d'anxiété, statut qu'ils ont tendance à dénier. De plus, il existe un fort taux de phobie sociale, certainement en rapport à la culture occidentale et à la stigmatisation de la société quant à l'obésité. D'ailleurs, la phobie sociale a un taux qui diminue après la perte de poids en post-chirurgical [62]. Les troubles somatoformes de l'axe 1 sont retrouvés à 30%, liés aux plaintes et inquiétudes physiques et mentales dues à l'obésité, d'où la présence d'un taux important d'hypochondries. On note aussi un élément important : il existe un taux de 11.8 % de stress post traumatique dans les antécédents des patients obèses. On peut penser aux traumatismes de l'enfance, sévices sexuelles compris, qui entraineraient inconsciemment le patient à s'adapter aux avances sexuelles du sexe opposé grâce à son obésité qui le protégerait et qui lui permettrait aussi de diminuer la libido [77, 78]. Ainsi, plus de 50% des patients ont un trouble diagnostiqué dans l'axe 1. 25 % des patients obèses ont un trouble retrouvés dans les 2 axes 1 et 2 du DSM. Il est donc clairement mis en évidence le fort taux de troubles psychiatriques parmi les patients obèses interrogés durant l'évaluation psychiatrique; et par extension, le fort taux de trouble psychiatriques parmi les obèses recherchant la chirurgie comme traitement comparativement aux obèses de la population générale [43]. En particulier il faut noter la présence du fort taux de trouble

anxieux (25%) au moment de l'interrogatoire, plus que le taux de trouble de l'humeur telle la dépression (15%). Une divergence est frappante concernant la classe « trouble liés à une substance ». L'antécédent est de 32 % versus 1.7% lors de l'évaluation, toute substance utilisée confondue, mais la substance concerne surtout l'alcool [43]. Les recherches médicales expliquent la relation potentielle entre manger et le trouble lié à la consommation de substance [79]. Il est intéressant de noter que peu de patients au moment de l'évaluation ont répondu par la positive pour la consommation de substance alors qu'ils admettent leurs antécédents. Ce paradoxe suggère la sous évaluation des désordres psychiatriques actuels [73, 80]. Mais cela suggère surtout qu'il y a un lien entre la consommation de drogues ou alcool donc des conduites additives et le fait de manger [79]. De plus, il est intrigant de découvrir que le score de consommation de substance est plus important quand celui du trouble alimentaire est bas et inversement. On suppose que drogues et nourriture activent et stimulent le même circuit dopaminergique cérébral, le système limbique de la récompense et qu'ils ont donc la même fonction [79].

Les participants de l'étude Kalarchian et Marcus [43], qui ont au moins un trouble de l'axe 1 du DSM au moment de l'interrogatoire ont un IMC significativement supérieur à ceux qui n'en n'ont pas actuellement (IMC à 54,2 versus IMC à 51). Idem pour ceux ayant eu au moins un trouble de l'axe 1 dans leur antécédent et ceux qui n'en n'ont pas eu dans leur passé (53,3 versus 49,6). Ceci contraste avec la présence ou non d'un trouble de la personnalité de l'axe 2 où l'IMC ne diffère pas, dans les deux cas.

De plus, il n'y a pas de différence entre les groupes qui ont eu, ou pas un trouble dans l'axe 1 ou 2 du DSM quelque soit le sexe, âge, race, statut marital, et éducation [73].

Quand on analyse les réponses au questionnaire médical des 36 items short form Heath Survey (SF36, Annex3), on trouve une différence significative entre les obèses ayant eu un antécédent de trouble psychopathologique de l'axe 1 et ceux sans, idem pour l'axe 2 : le score est significativement plus bas dans les deux cas. Un score élevé démontre un statut de meilleure santé, incluant la santé mentale et la santé physique [42, 55].

Ainsi, les troubles psychopathologiques des axes 1 et 2 sont donc associés à une diminution du statut fonctionnel de la santé, alors que seul l'axe 1 mais pas l'axe 2 est associé à l'augmentation de l'IMC [80]. Ce résultat suggère que l'IMC et certains aspects de la santé mentale et physique sont uniquement en relation avec les troubles de l'axe 1 du DSM IV.

Cela permet donc d'obtenir des modèles d'examen entre la sévérité de l'obésité et différentes graduations du statut de santé physique selon la présence ou non de psychopathologies de l'axe 1. Ainsi la sévérité de l'obésité et certains aspects

physiques de la santé sont en relation liés à la présence d'un antécédent de trouble de l'axe 1.

Il existe en effet une relation importante entre l'obésité et la qualité de la vie [81]; les études montrent que plus l'IMC est élevé, plus la plainte concernant la douleur physique ou mentale est élevée, et plus le statut fonctionnel de la santé se détériore. Ce qui est donc associé à la présence d'au moins un trouble de l'axe 1 actuel ou en tant qu'antécédent.

Des mesures générales [70, 83, 84] et spécifiques [50, 70, 81] de la qualité de la vie [29] en relation avec le degré d'obésité sont disponibles.

4-5 UN INDICATEUR PARTICULIER : LE MCSD*

** Marlowe Crowne Social Desirability*

Le taux de prévalence de symptômes psychiatriques parmi les obèses candidats à la chirurgie bariatrique et la relation à une notion particulière non négligeable : Le désir social de faire bonne impression auprès de l'autre, la volonté de plaire socialement et ce que cela implique dans les réponses lors des interrogatoires médicaux préopératoires [40]. Cette variable se mesure par 33 items répertoriés dans le questionnaire MCSD. Cette variable doit être incluse lors de l'évaluation psychiatrique [73].

En effet les études montrent que de nombreux obèses cherchant la chirurgie bariatrique pour traitement de leur maladie peuvent parfois déformer leur présentation tant au niveau de leur santé physique que mentale par peur d'être rejetés et ne pas être retenus pour être opérés [40, 83, 84]. Les analyses montrent de façon significative une association concernant le fort score du MCSD, souhait social d'être accepté, et le report de symptômes psychiatriques bas lors de leur évaluation. La relation peut paraître modeste mais suggère une sous évaluation et une faille dans la gestion de l'évaluation psychiatrique parmi les candidats à la chirurgie bariatrique. Cette notion est renforcée par la présence significative d'un score élevé du MCSD parmi ces patients obèses par rapport au score d'une moyenne de la population qui a utilisé cet instrument. Ce score est moins élevé chez les patients caucasiens donc blancs par rapport aux patients d'autres origines ethniques et est inversement proportionnel au niveau d'éducation [40]

4-6 UN COMPORTEMENT NECESSAIRE : LA TENACITE

Selon les données actuelles, la première et seule étude prospective est l'étude de Chiara de Panfilis [85] sur le rôle de l'investigation préopératoire des traits de la personnalité mesurés par le TCI (Temperament and Character Inventory). Ce score fournit des résultats significatifs quant à la prédiction dans la perte de poids à un an après la pose de l'anneau gastrique. Le TCI présente 4 dimensions du tempérament dont la ténacité, les autres étant l'ouverture d'esprit ou le tempérament novateur, la capacité à éviter les situations négatives, la dépendance à la récompense. Le TCI présente aussi trois caractères : l'indépendance, la coopération, l'auto évaluation ou la capacité de se remettre en question. C'est ce tempérament de ténacité qui est de façon significative, lié à la réduction de l'IMC en post-opératoire indépendamment des autres variables telles l'IMC de départ, l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la présence de troubles psychiatriques et leur sévérité, la présence de dépression ou d'anxiété. En effet, le tempérament de ténacité explique à plus de 40 % la variation de réduction de l'IMC à 1 an de la chirurgie bariatrique. Selon le Cloninger test [32, 33, 34, 73], test psychobiologique des traits de la personnalité, le tempérament de ténacité a tendance à maintenir un comportement anticipatoire pragmatique stable face aux signaux entraînant une récompense; ce tempérament présente un comportement de tolérance face à la frustration d'une récompense irrégulière, aléatoire et future. Le résultat de cette étude suggère que le groupe de patients obèses ayant un tempérament tenace bénéficieront plus de la chirurgie bariatrique en termes de réduction de l'IMC après 1 an de suivi que d'autres [85].

En effet ils adoptent un comportement stable, sont résistants, travaillent dur, suivent les prescriptions médicales, diététiques, ont des visites médicales régulières, au lieu d'un comportement critique. Ainsi, une personnalité dénotant de la persévérance et la capacité d'intensifier ses propres efforts pour atteindre un but futur, est exactement la stratégie d'adaptation à avoir pendant tout le suivi post opératoire, quand la récompense est irrégulière mais attendue à long terme.

La découverte et le résultat de cette relation positive entre la ténacité et la perte de poids après la chirurgie, ressemble au rapport fait quant à l'association de mesures sur l'auto efficacité et l'auto motivation pour le maintien de la perte de poids après un traitement pour l'obésité [85].

Par exemple, certaines études [86, 87] montrent qu'être indépendant, confiant dans sa capacité à gérer les obstacles dans la vie afin d'accomplir un but au lieu de se laisser aller facilement face aux tâches à résoudre, est associé à un poids plus bas après un traitement comportemental sur l'obésité.

L'étude de Panfilis et al. [85] confirme donc la nécessité clinique d'évaluer initialement les patients obèses relevant de la chirurgie bariatrique.

En effet, premièrement si le niveau préopératoire de ténacité est bas et qu'il constitue un risque de résultat médiocre après la chirurgie puisqu'il y est lié, le TCI doit être employé comme un instrument d'admission pour identifier les patients à faible ou haut risque de résultat médiocre de perte de poids après la chirurgie. Deuxièmement si l'attitude de ténacité et de tolérance à la frustration sont impliqués dans l'accomplissement et le maintien de la perte de poids après la chirurgie, les patients doivent être clairement informés de la qualité de ce comportement de ténacité quant au résultat positif qu'il engendre; ainsi ils devront être entraînés à adopter cette attitude et être convaincus de persévérer en ce sens pour perdre du poids.

4-7 LA RELATION ENTRE LES SEVICES SEXUELS ET AUTRES FORMES DE MALTRAITANCES DURANT L'ENFANCE ET LES RESULTATS A UN AN DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE DANS L'OBESITE MORBIDE

Bien que les maltraitances de l'enfant aient pour conséquence une pléthorique de séquelles négatives [88], l'impact potentiel sur l'obésité et son traitement est très largement inconnu [89]. Alors que l'obésité est influencée entre autre, par des facteurs environnementaux et génétiques [77,78,88,89], encore peu d'études se consacrent à l'impact de la maltraitance dans l'enfance [90,91,92]. L'étude de M.Grilo et al.[93] a donné des résultats significatifs concernant la relation entre eux. Elle montre que les abus chez l'enfant et les négligences parentales sont associées à un risque plus élevé de développer une obésité à l'âge adulte [94,95]. D'autres études montrent qu'il y a un taux de maltraitance dans l'enfance, y compris les abus sexuels, souvent retrouvés chez les patients extrêmement obèses. Ils sont plus fréquemment retrouvés que dans la population générale, et que dans la population d'obèses ne cherchant pas un traitement chirurgical à leur obésité [96].

L'étude de Grilo [93] montre que 69% de patients obèses disent avoir subi une maltraitance dans l'enfance, 32% d'abus sexuel, 29% d'abus physique, 46% d'abus émotionnel, 49% de négligences psychologiques et 27% de négligences physiques. Le groupe de patients déclarant ayant été abusé sexuellement en particulier, ne montre pas de différences significatives avec le groupes d'obèses n'ayant pas souffert de maltraitances, concernant les variables utilisées lors de l'interrogatoire préopératoire (EDEQ [98], BSQ [36], BDI [35]), sauf avec l'item concernant la préoccupation du poids dans l'EDEQ. Les patients ayant eu d'autres formes de maltraitance, montre un score plus élevé que le groupe de patients sans maltraitance concernant ces mêmes variables [93]. Les études montrent que la maltraitance dans l'enfance est liée à un risque de développer une obésité adulte

mais la sévérité, la gravité ou le type de maltraitance ne compte pas davantage pour la conséquence de la sévérité de l'obésité ni le profil psychosocial parmi les obèses cherchant la chirurgie bariatrique comme traitement [94, 95, 96]. Douze mois après l'opération, il est intéressant de noter que la seule variable qui soit significativement plus élevée chez le groupe de patients obèses ayant eu un abus sexuel dans l'enfance versus le groupe sans abus, concerne le BDI [35, 93], c'est à dire un score élevé de dépression, et le BSQ [36, 53, 93], c'est à dire l'insatisfaction de l'image du corps. A noter que dans les deux cas, le groupe de patients ayant eu des maltraitements et abus sexuels, ont un score du BDI et du BSQ, qui diminue après la chirurgie bariatrique avec un bénéfice aussi important que le groupe n'ayant pas eu de maltraitance ni d'abus sexuel. Les études concernant les maltraitements chez les enfants devenus obèses adultes montrent que les résultats concernant poids et santé ne diffèrent pas de 8 à 68 mois après la chirurgie [78, 93]. Elles montrent que ces antécédents y compris l'abus sexuel n'entraînent pas de pronostic négatif quant aux résultats obtenus à plus ou moins long terme de la chirurgie bariatrique [97].

4-8 LE FONCTIONNEMENT PSYCHOSOCIAL APRES LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

L'étude de Van Hout Gerbrand et al. [98] montre que le fonctionnement psychosocial postopératoire permet d'apprécier les variables évaluées en préopératoire afin de mieux les comprendre pour obtenir une meilleure évaluation quant au choix sélectif des patients candidats à la chirurgie. [26, 44, 63, 98].

A - LA PERSONNALITE DU PATIENT OBESE

La personnalité est un facteur important qui influence le comportement sur la santé [99]. Les différents aspects de la personnalité sont pertinents pour le changement postopératoire concernant le comportement alimentaire et les ajustements à l'opération en général [54, 57]. Après l'opération les études montrent des améliorations quant à une meilleure discipline [62, 86], moins de nervosité, moins de rigidité, moins d'immaturation et d'agressivité [72], donc une meilleure estime de soi [10, 69]. Il est d'ailleurs intéressant de savoir que les études montrent que l'amélioration de l'estime de soi, si elle est reliée à la quantité de poids perdue et à une satisfaction grandissante suite à l'opération, est aussi présente même si les patients restent encore très obèses après la chirurgie [100].

B - LA PSYCHOPATHOLOGIE

Concernant toutes les psychopathologies, la plupart des études montrent une tendance générale à leur amélioration voir leur normalisation après la chirurgie grâce à la perte de poids qui lui est directement liée [62, 69, 72, 86, 100]. Pourtant

ces améliorations sont aussi présentes chez les patients qui restent obèses ou bien après quelques semaines après la chirurgie si la perte de poids n'est pas importante [101]. Cela suggère que les patients prennent un rôle actif dans le changement de leur vie, avec espoir et optimisme même si ils restent obèses. De même pour le cas de la dépression, les études montrent qu'elle diminue voire cesse après la chirurgie [101]. Les études montrent des améliorations psychopathologiques la première année [25], voire la deuxième pour décliner ou se stabiliser et revenir au statut initial après plusieurs années.

Pourtant, alors que la majorité des études montrent une amélioration certaine des psychopathologies, une minorité significative de patients, n'obtiennent pas de bons résultats à court ou long terme après la chirurgie [45].

Ainsi certaines études ne montrent pas de différences entre les symptômes dépressifs et anxieux avant et après la chirurgie, certaines montrent même des tentatives de suicide voire des suicides [8, 45]. Ces symptômes dépressifs apparaissent être spécialement fréquents [72] chez les patients qui ont une forte perte de poids. Paradoxalement ces problèmes postopératoires reflètent une augmentation d'une détresse préexistante et/ou l'émergence-réémergence de symptômes.

C - L'IMAGE CORPORELLE

Les études montrent surtout 6 premiers mois après la chirurgie une amélioration quant à l'image corporelle du patient, son attrait et la diminution de sa honte.[25, 68]. Par conséquent, les partenaires des patients rapportent un plus fort sentiment d'attraction physique à leur égard [61]. Le changement de l'image corporelle en postopératoire apparaît comme l'un des facteurs sous jacents pour l'amélioration psychosociale [61, 62]. Pourtant bien que les patients aient une meilleure image corporelle, avec le temps, certains se sentent encore en surpoids ou sont mécontents de l'apparition de plis de peau en trop [68]. D'ailleurs, les patients contents de leur apparence et plus satisfaits en postopératoire sont ceux qui ont moins de surplus de peau donc ceux qui ont perdu moins de poids que les autres [68]. Mais les patients qui ont perdu plus de poids et qui ont donc plus de surplus de peau, pris en charge en chirurgie plastique, sont plus satisfaits que les autres [102, 103].

D - LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Le comportement post opératoire concernant la diététique est un important médiateur de perte de poids et de symptômes post opératoires; c'est pourquoi il est très critique quant à son influence sur les résultats. La chirurgie bariatrique à une connotation de restriction, elle diminue la faim et réduit la capacité physique d'avalé beaucoup de nourriture. Ainsi, des changements d'ordre diététique sont nécessaires et la compliance aux conseils diététiques est recommandée, spécialement sur la quantité et la rapidité d'ingestion du repas [59, 66, 69, 71]. Le

patient obèse doit donc faire un effort pour ajuster son comportement alimentaire. En fait, le traitement chirurgical de l'obésité n'est pas une alternative au régime diététique mais une méthode qui force au régime adapté [66, 71]. En préopératoire de nombreux patients rapportent des troubles du comportement alimentaire [48] tels le "binge eating disorder", la boulimie, le craving, le grazing. Après l'opération, surtout durant la première année qui suit, les troubles du comportement alimentaire diminuent, voir disparaissent de façon significative [25]. Les patients rapportent une meilleure satiété et une diminution du comportement émotionnel tendant à manger. Les études montrent qu'ils gèrent et contrôlent mieux leur comportement alimentaire [48, 62, 67, 100].

Par conséquent l'intervention chirurgicale peut être une thérapie pour faire disparaître les troubles du comportement alimentaires chez les obèses [10, 104, 105]. Malheureusement, certains patients ne réussissent pas à assortir les prescriptions médicales à leur comportement alimentaire, et les symptômes persistent ou ré émergent après la chirurgie [104]. Ils sont de nouveau désinhibés, perdent le contrôle de prise de nourriture et mangent des aliments hypercaloriques mous et/ou liquides [105, 106]. Ils expérimentent quels types d'aliments ils peuvent avaler. La plupart ne sont pas capables de manger beaucoup de nourriture solide, alors ils grignotent ou avalent donc de grandes quantités de repas liquides ou mous. C'est le syndrome du sirop d'érable [105,106]. Ainsi, ils évitent les effets secondaires de la chirurgie bariatrique, et peuvent continuer à avaler de grandes quantités de nourriture et ainsi prendre du poids. En général un tiers des patients n'adhèrent pas au régime diététique prescrit. Les études suggèrent qu'ils constituent un sous groupe distinct ayant un moins bon résultat à long terme [57, 71, 81, 105, 106]. Ces patients sont psychologiquement incapables d'ajuster leurs changements internes, comme leur petit estomac et ses conséquences. Ils ont des difficultés à distinguer leur faim physiologique et leur faim émotionnelle. Le résultat est qu'ils perdent la capacité à intégrer et écouter les signaux de faim et de satiété de l'organisme et perdurent dans leur prise de nourriture insatiable [105].

E - LE FONCTIONNEMENT SOCIAL

Après la chirurgie, les patients ont un meilleur fonctionnement social, une meilleure santé liée à une meilleure qualité de vie et sont plus actifs socialement [8, 48]. Ils étendent leur réseau social, incluant le mariage, ont de meilleurs rapports sexuels, reçoivent plus de soutien social et vivent moins de mauvaises expériences de discrimination et de stigmatisation. De plus les patients sont plus souvent des employés. Leurs journées de congés maladies diminuent et leurs carrières s'améliorent [8, 48]. D'autres facteurs sont aussi responsables telle la meilleure estime de soi, un bon statut psychologique et une meilleure autonomie, ainsi que la diminution de la limitation de mouvement physique [61, 68, 106].

Pourtant encore une fois, une minorité peut parfois rapporter des résultats négatifs. Des problèmes sexuels, des divorces, des difficultés à s'adapter à la demande

d'acceptation sociale et/ou à s'adapter aux changements dramatiques du réseau social. En effet, ils peuvent trouver leur changement de comportement alimentaire difficile, voire incompatible à ajuster, avec leurs nouveaux contacts sociaux, mais aussi leurs relations préopératoires. Les amis peuvent être envieux, jaloux, voire effrayés eux-mêmes, du changement si rapide du patient opéré. De même les activités sociales peuvent devenir embarrassantes car anciennement résolues par l'ingestion de nourriture. Finalement, certains patients ont un ressentiment quant à leur soudaine intégration sociale suite à leur perte de poids, contre ces mêmes personnes qui en préopératoire ne les acceptaient pas à cause de leur obésité comme le montre l'étude de Bochierry [107].

F - LA SANTE LIEE A LA QUALITE DE VIE

Le but ultime de la chirurgie bariatrique est d'améliorer la santé, donc la qualité de vie à travers une perte de poids adéquate, et la guérison ou l'amélioration des comorbidités. La qualité de vie est améliorée de façon significative durant les deux premières années suivant l'intervention, de façon très importante durant les six premiers mois, et même le premier mois après [102, 103]. Les études montrent en majorité un fort taux de satisfaction [108]. La qualité de vie est fortement liée au niveau de satisfaction du patient quant aux résultats de l'opération, qui sont à leur tour fortement liés, aux attentes du patient avant l'opération [25]. Certaines études suggèrent que plus de 20% des patients ne sont pas satisfaits, en partie dus aux problèmes psychosociaux, aux complications de l'intervention, de la stagnation de perte de poids après un certain temps et aux attentes non résolues [81, 102, 103]. La satisfaction est très liée à la perte de poids, donc les patients sont plus satisfaits quand ils en perdent une grande quantité [103]. Quoiqu'il en soit presque tous les patients sont satisfaits et déclarent vouloir refaire l'opération si elle était à refaire; il apparait qu'ils atteignent la plupart de leurs buts, même si ils n'obtiennent pas le poids désiré [108].

5 L'EXPERIENCE AVICENNES

5-1 METHODE DU PSYCHIATRE

151 patients candidats à une chirurgie de l'obésité (anneau, sleeve gastrectomie, bypass gastrique) ont consulté entre 2001 et 2005 en préopératoire le même cabinet de psychiatrie. Pour chaque patient un questionnaire de 71 items était rempli.

Les groupes de patients obèses consultant pour une chirurgie bariatrique et donc inclus dans cette étude, sont 20 hommes, et 131 femmes caucasiens donc blancs en majorité, les autres sont d'origine espagnole, africaine, portugaise, asiatique, et bi ethnique, américains ou européens, d'âge moyen de 44,5 ans (17-67 ans), avec un poids moyen de 115 kg (85-186), et un IMC de 43 (33,2-61), et ayant eu le baccalauréat au moins.

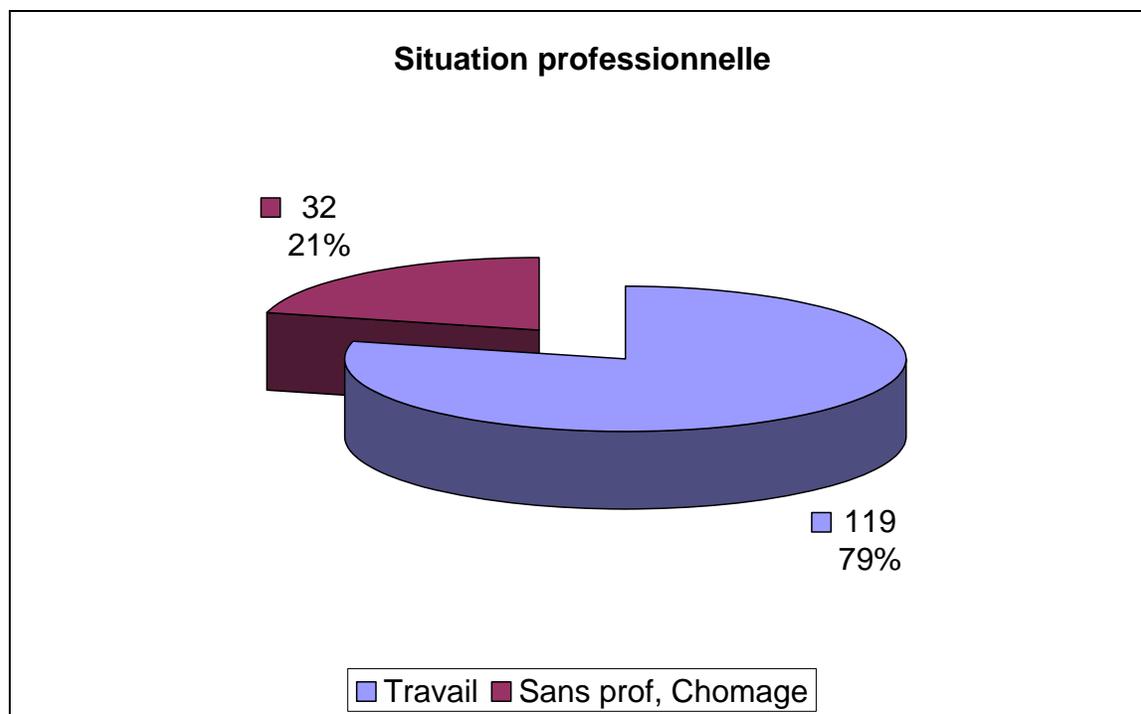
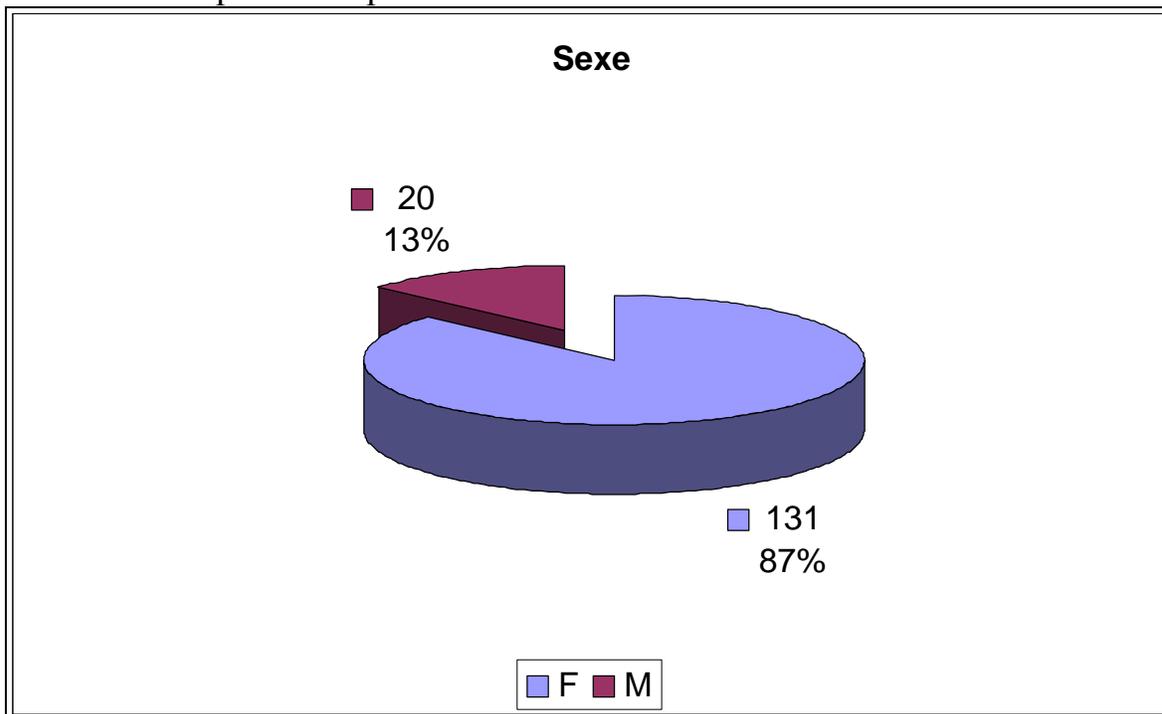
Les items du questionnaire pré opératoire du psychiatre [annexe 4] :

- L'état civil du patient
- Sa profession
- Statut de protection sociale : sécurité sociale, CMU, mutuelle
- Présence de surpoids ou d'obésité dans l'enfance
- Présence de surpoids ou d'obésité chez les parents, mère et père
- Présence d'obésité dans la fratrie
- Son rang dans la fratrie
- Son poids actuel, son poids minimum atteint, son poids maximum atteint
- Son IMC
- Son statut marital
- Profession du conjoint
- Ayant des enfants ou pas, et nombre d'enfants
- Les antécédents médicaux et chirurgicaux
- Les antécédents psychiatriques : dépression, troubles anxieux, autres
- Conclusion de la consultation d'anesthésie (absence de contre indication opératoire)
- La prise médicamenteuse en général
- La prise médicamenteuse pour maigrir

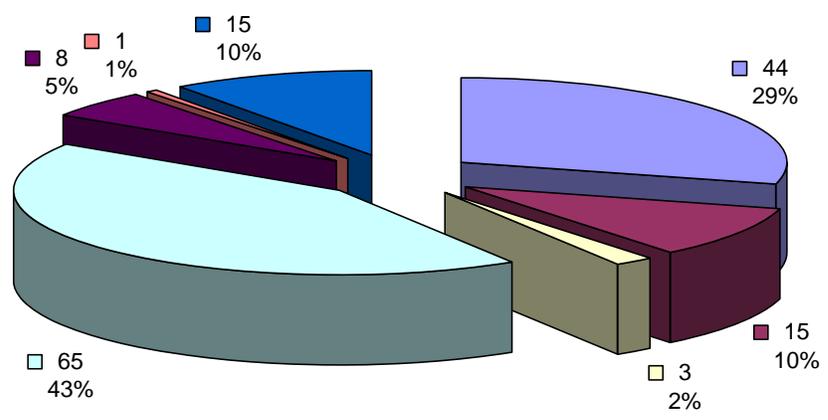
- Cures d'amaigrissements, actuelles ou passées
- Les attentes des résultats de l'opération
- La motivation pour perdre du poids
- Qualité de l'entourage : famille au courant du projet de chirurgie bariatrique ou pas
- Personnes de l'entourage proche ayant eu une chirurgie bariatrique
- L'influence psychosociale négative du surpoids sur l'humeur, la personnalité, la vie sociale, les relations sexuelles, les relations avec les autres, l'épanouissement dans la relation avec l'autre
- La période de début de la prise de poids
- La cause de la prise de poids : les événements déclencheurs
- Le nombre de régimes, leur succès et/ou échec
- L'activité physique pratiquée ou pas
- Le comportement alimentaire : nombre de repas, quantité de calories par repas, trouble du comportement alimentaire, grignotage
- Consommation abusive de drogue, alcool, sodas
- Facteurs déclenchant la prise du repas : activités sociales, statut émotionnel, appétit, faim
- Les facteurs inhibant la prise de repas : être actif, le control restrictif social
- Les fonctions de l'acte de manger : satisfaire l'appétit, se sentir à l'aise en société, se sentir rempli, réguler ses émotions
- Raisons personnelles de la décision de faire l'opération

5-2 RESULTATS STATISTIQUES DU QUESTIONNAIRE

Cette étude comporte 151 patients : 131 femmes et 20 hommes

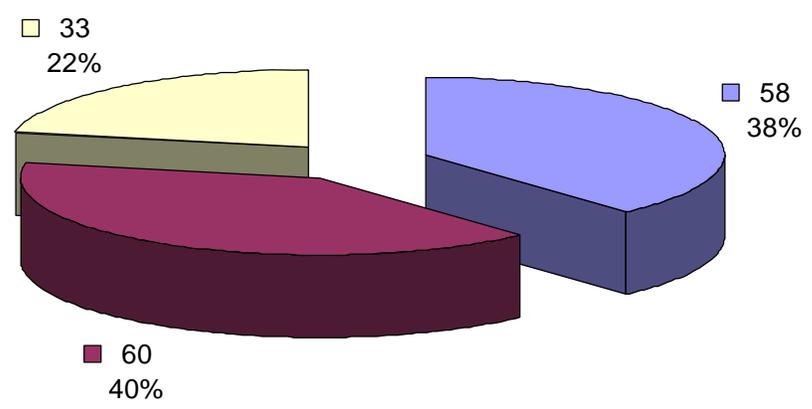


Situation de famille



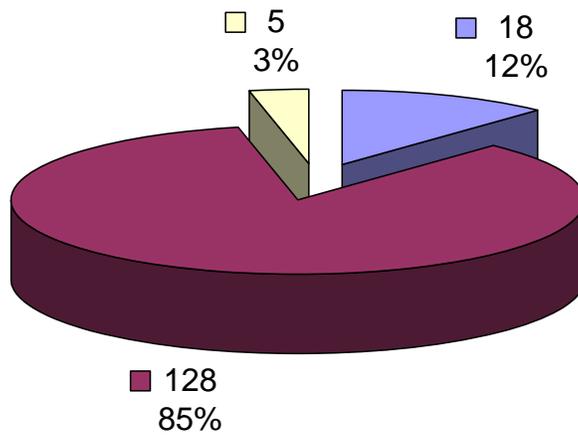
■ Célibataire
 ■ Divorcée
 ■ Donnée manquante
 ■ Mariée
 ■ Séparée
 ■ Veuve, concubinage
 ■ Vit maritalement

Surpoids dans l'enfance



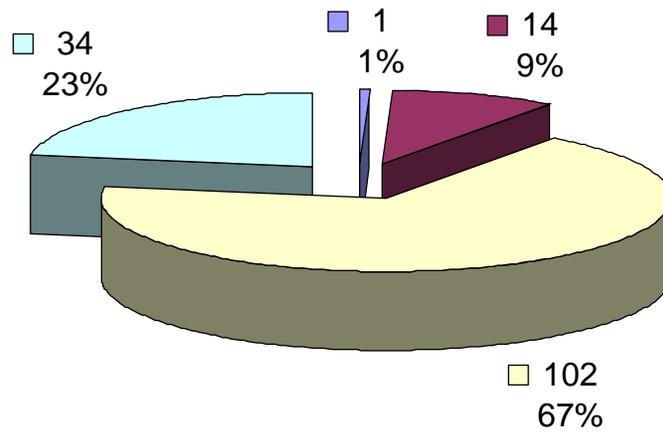
■ Donnée manquante
 ■ NON
 ■ OUI

Surendettement



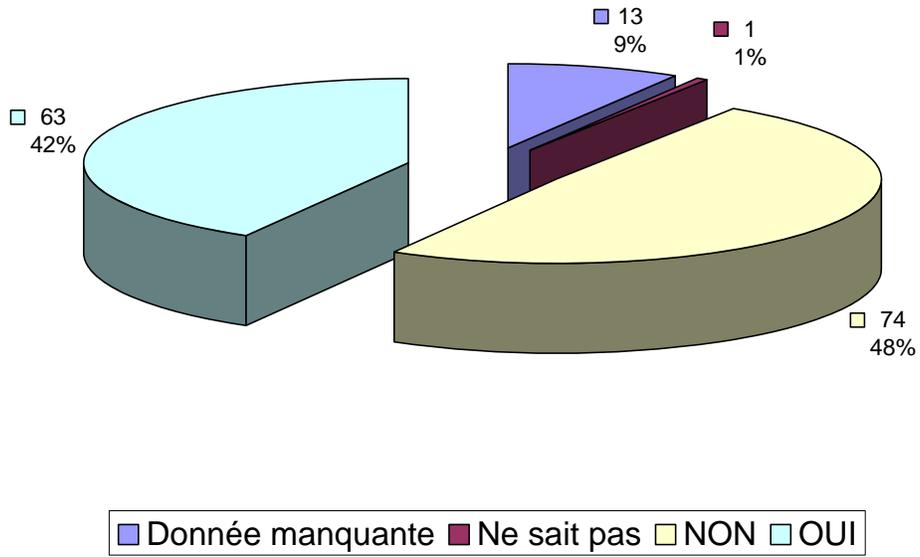
■ Donnée manquante ■ NON ■ OUI

CMU

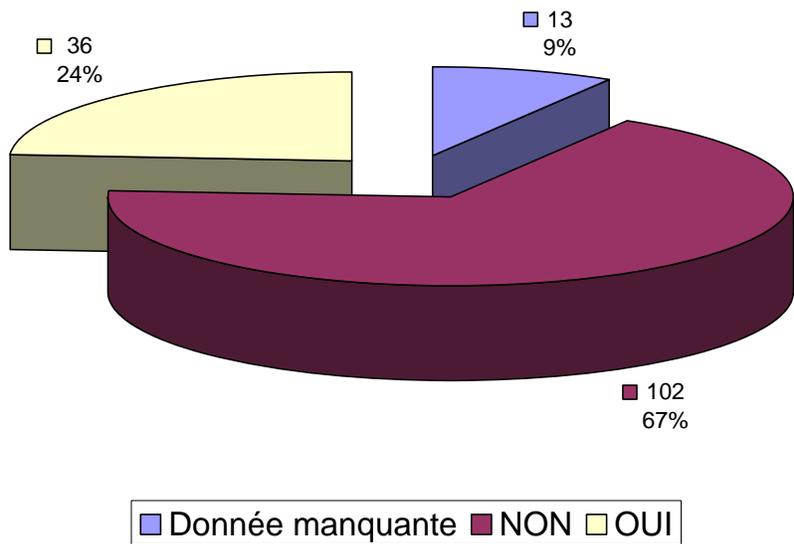


■ AME ■ Donnée manquante ■ NON ■ OUI

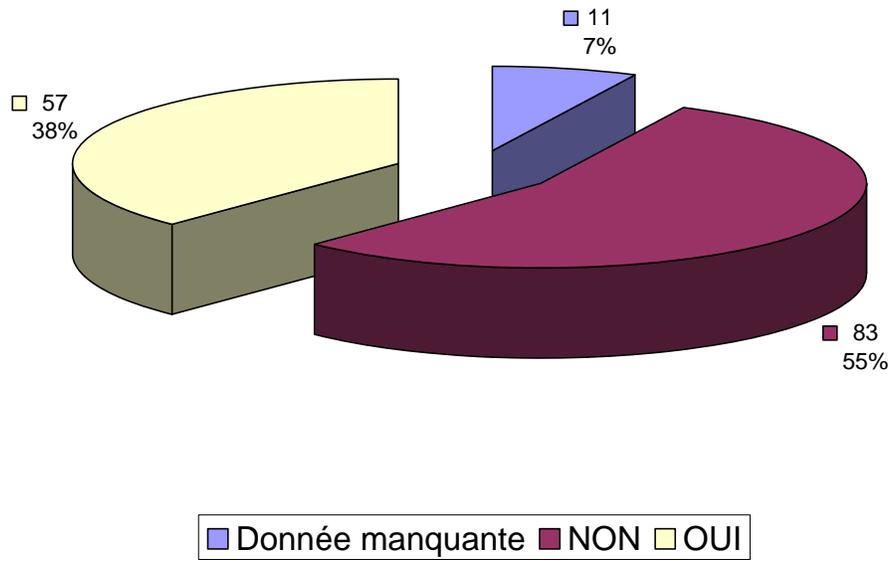
Surpoids mère



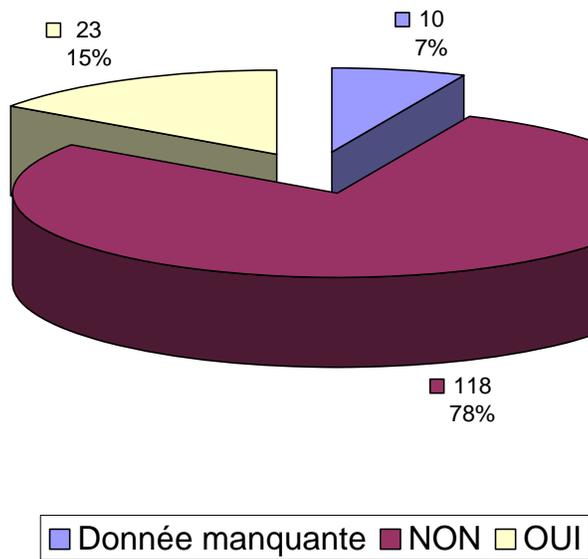
Surpoids père



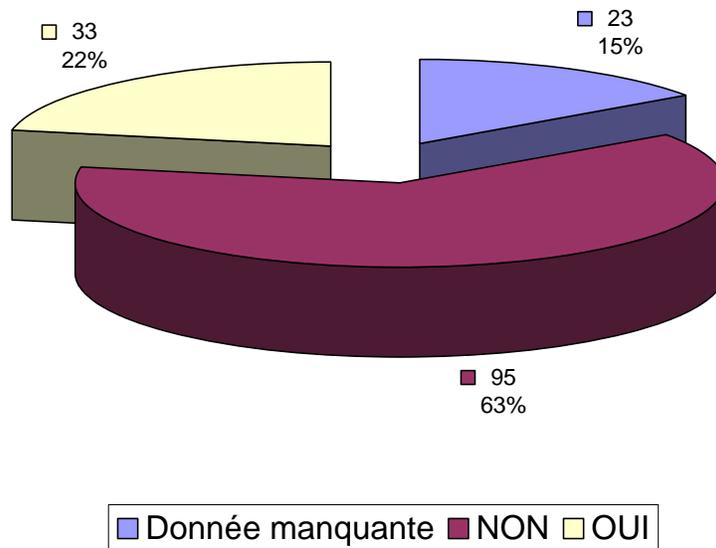
Surpoids soeur(s)



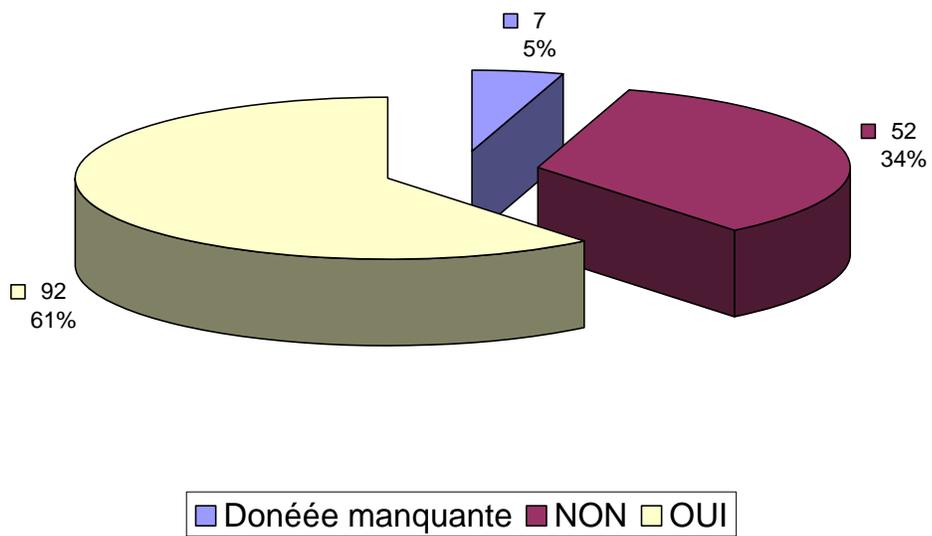
Surpoids frère(s)



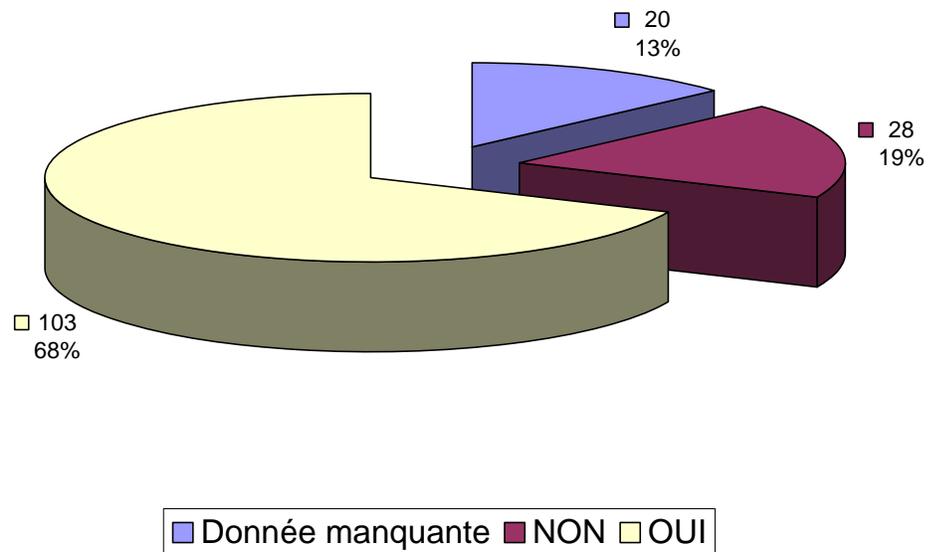
Sport



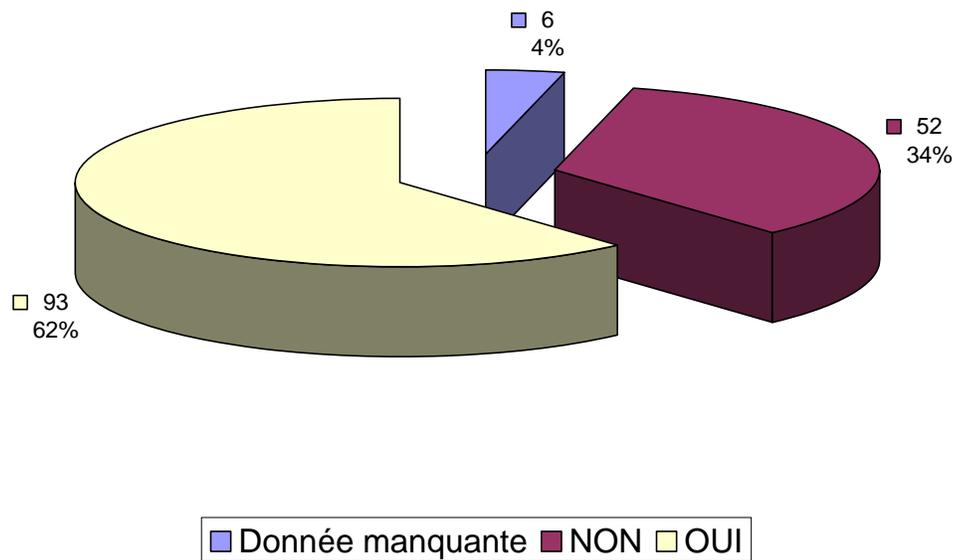
Antécédents médicaux - existence d'au moins une comorbidité



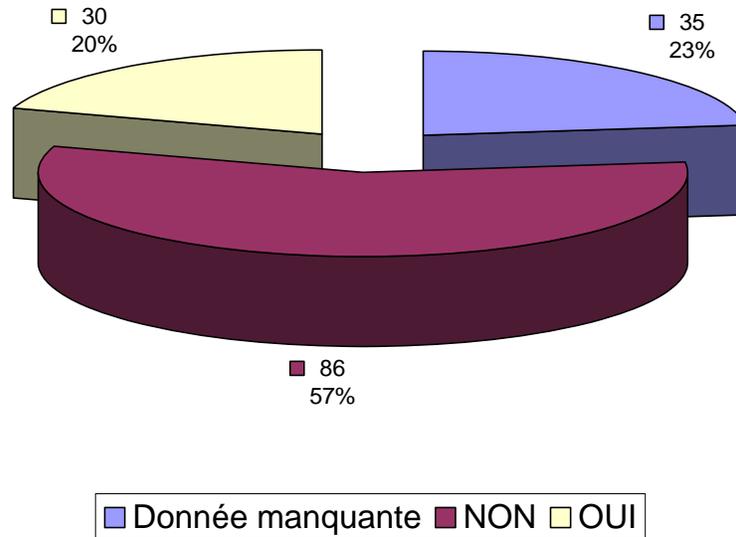
Antécédents chirurgicaux



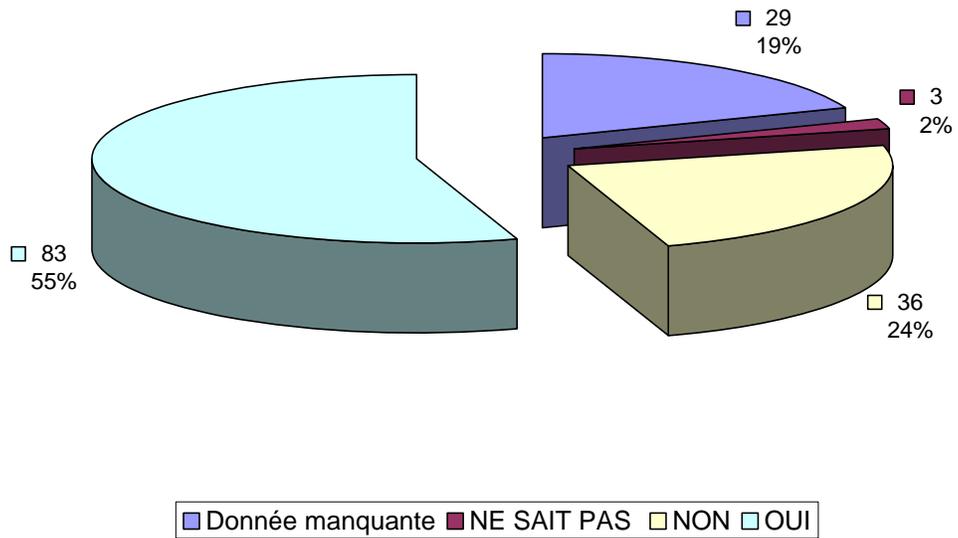
Traitements médicamenteux en cours



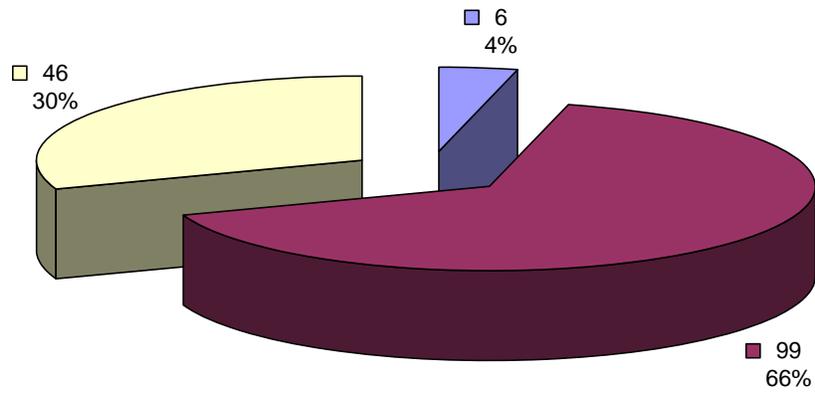
Menopause



Dosage TSH - Hypothyroïdie

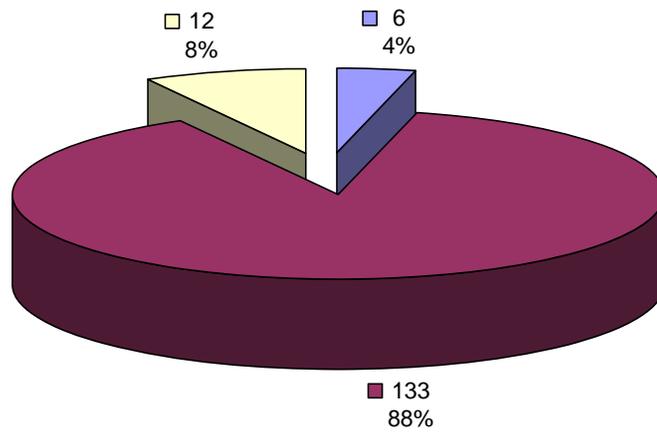


Antécédents psychiatriques



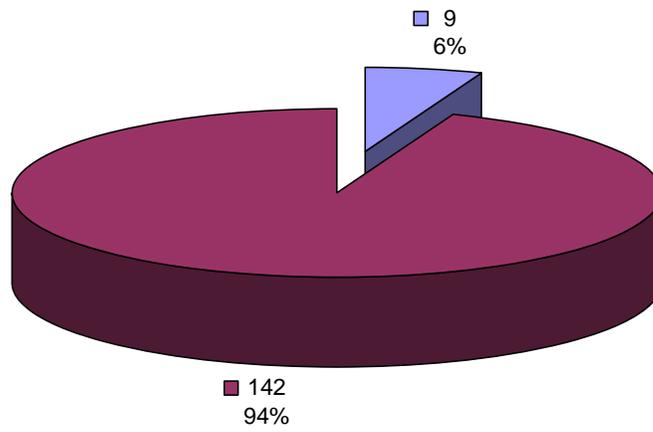
■ Donnée manquante ■ NON ■ OUI

Depression



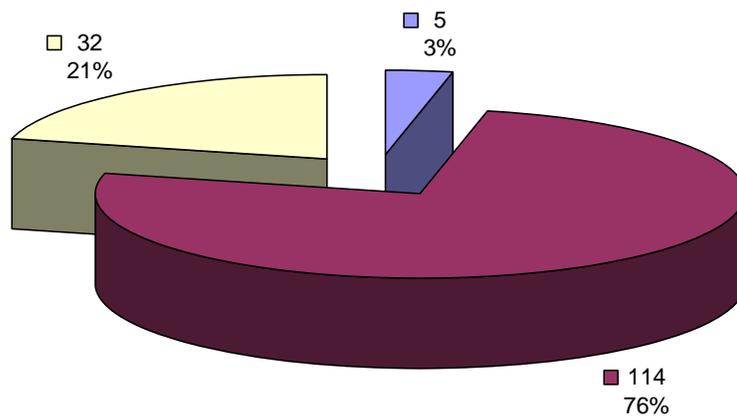
■ Donnée manquante ■ NON ■ OUI

Troubles obsessionnels et compulsifs



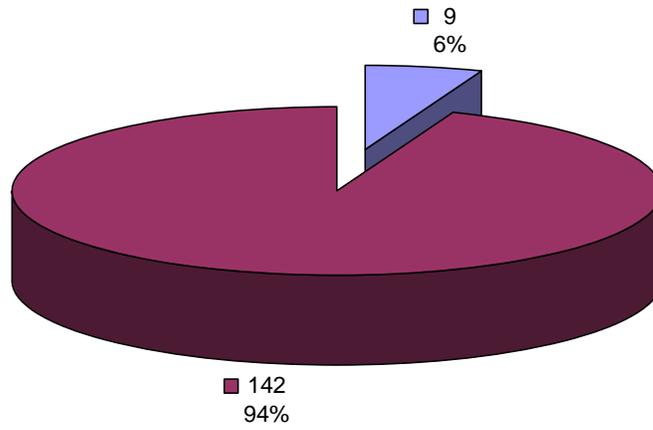
■ Donnée manquante ■ NON

Anxiété



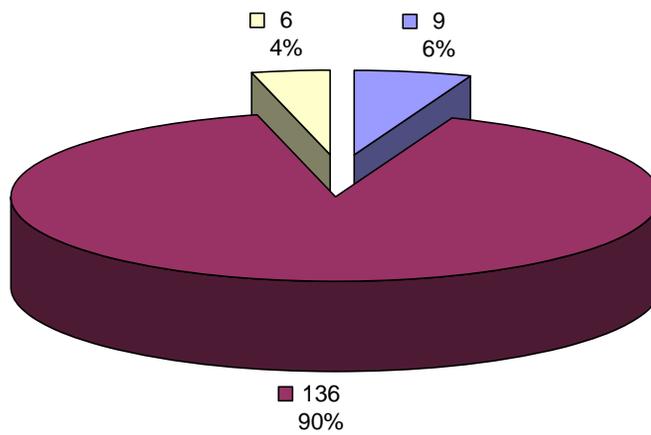
■ Donnée manquante ■ NON ■ OUI

Troubles psychotiques



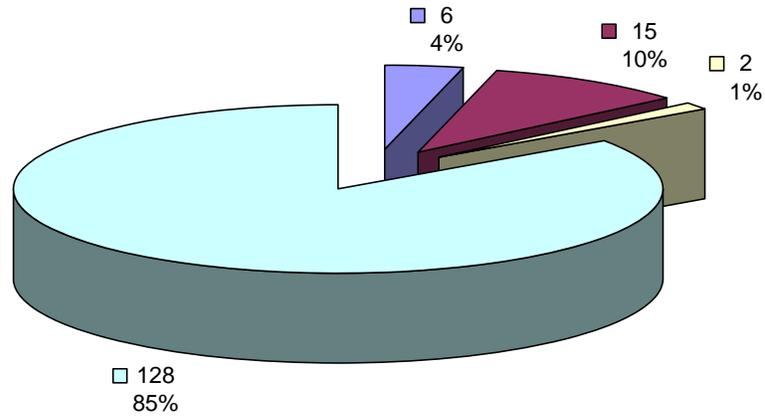
■ Donnée manquante ■ NON

Trouble de la personnalité



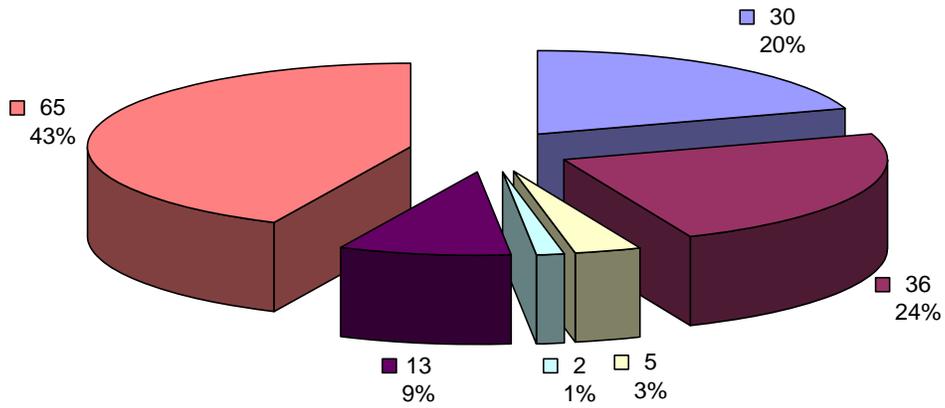
■ Donnée manquante ■ NON ■ OUI

Motivation pour l'intervention



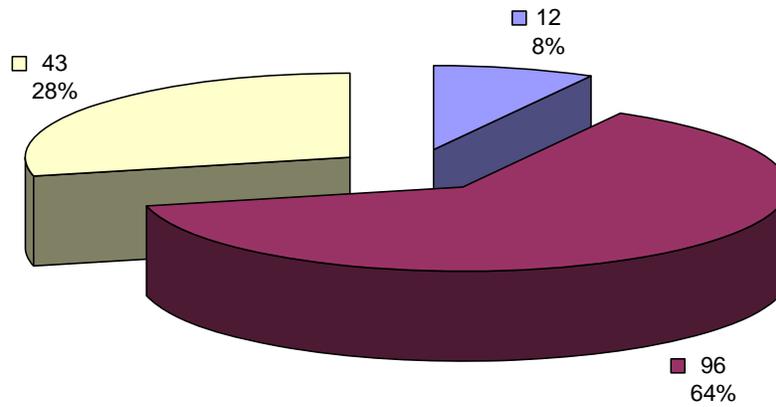
■ Donnée manquante ■ Motivée ■ Peu motivée ■ Très Motivé

Nombre de régimes effectués



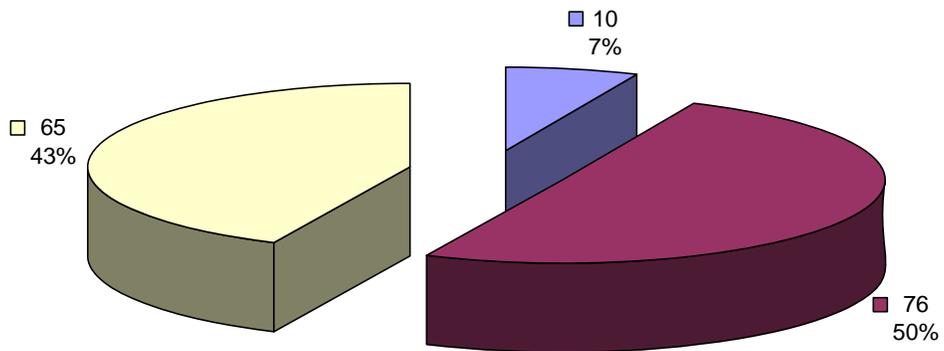
■ 1 à 5 ■ 5 à 10 ■ Donnée manquante ■ 0 ■ Pas de nombre précis ■ Plus de 10

Cure d'amaigrissement effectuée



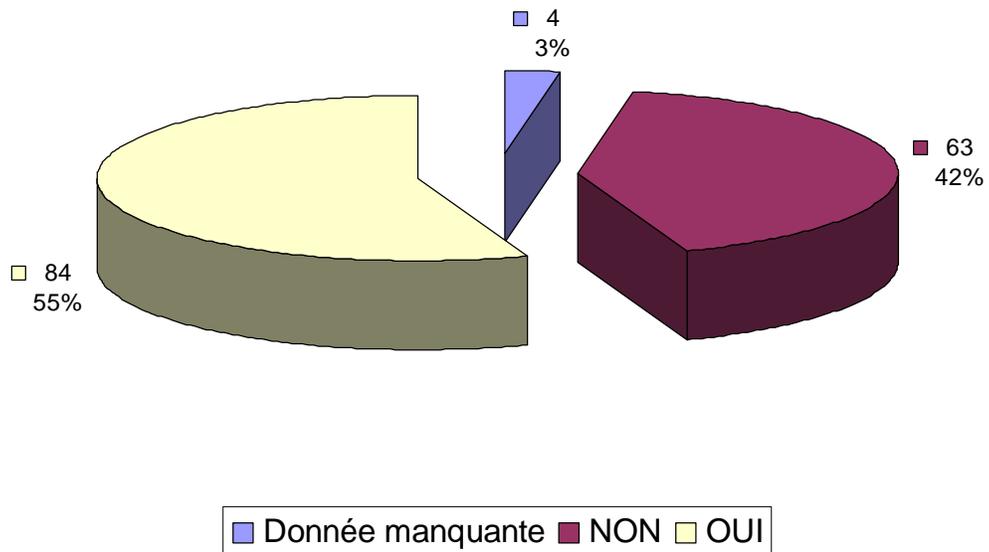
■ Donnée manquante ■ NON ■ OUI

Prise de médicaments pour maigrir

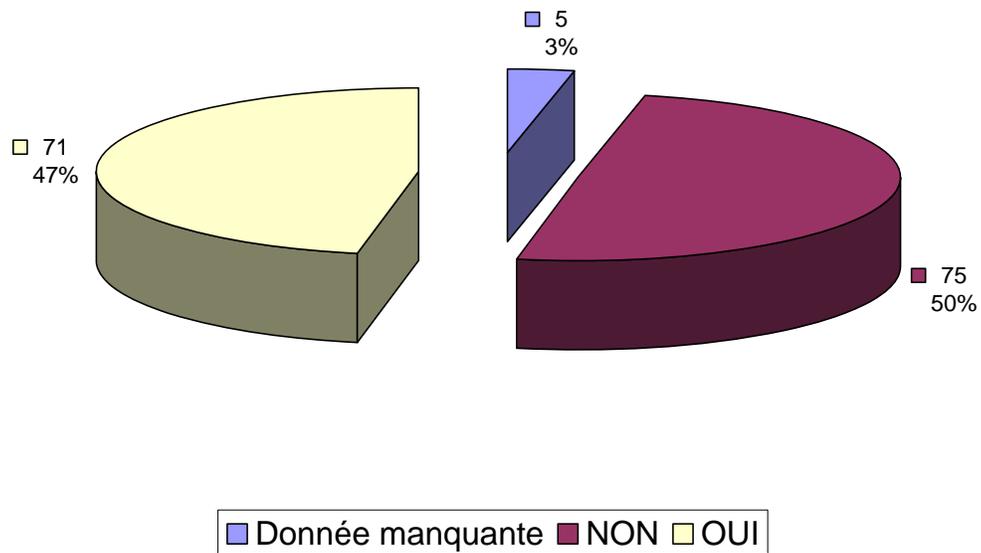


■ Donnée manquante ■ NON ■ OUI

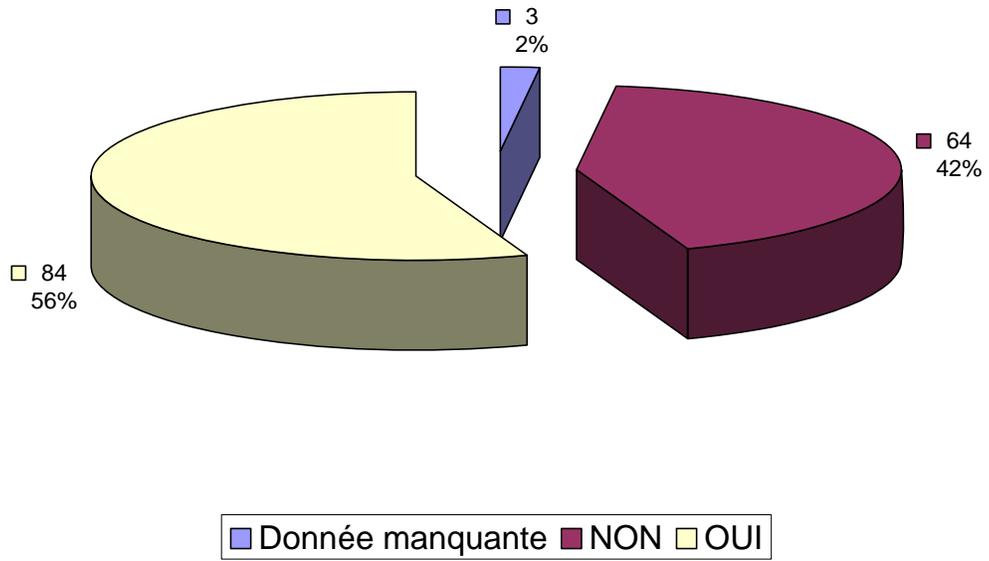
Mange trop lors des repas (de l'avis du patient)



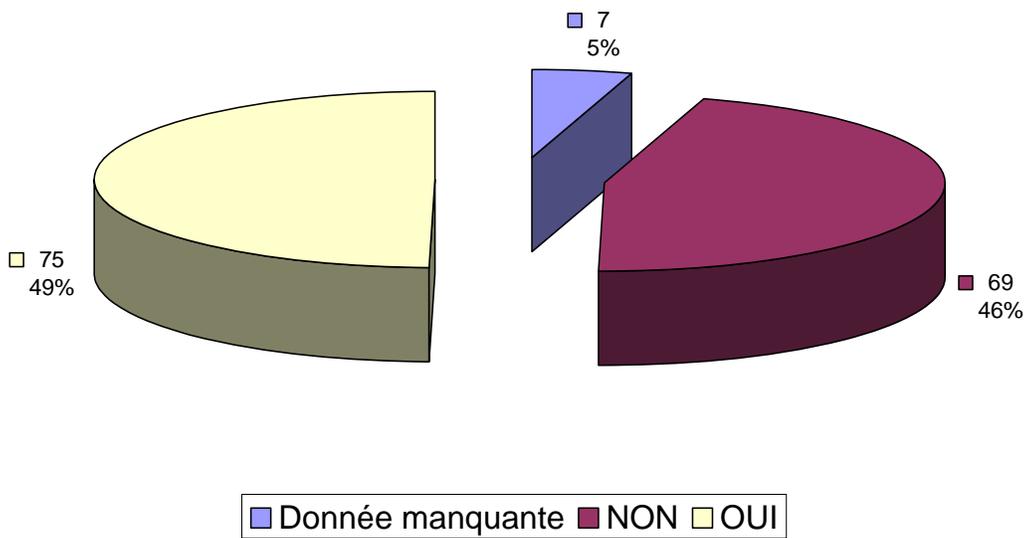
Mange entre les repas (de l'avis du patient)



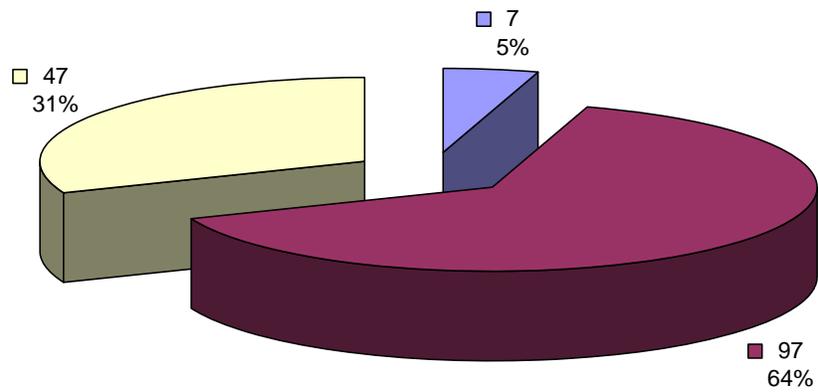
Grignotage (de l'avis du patient)



Goût excessif pour le sucre

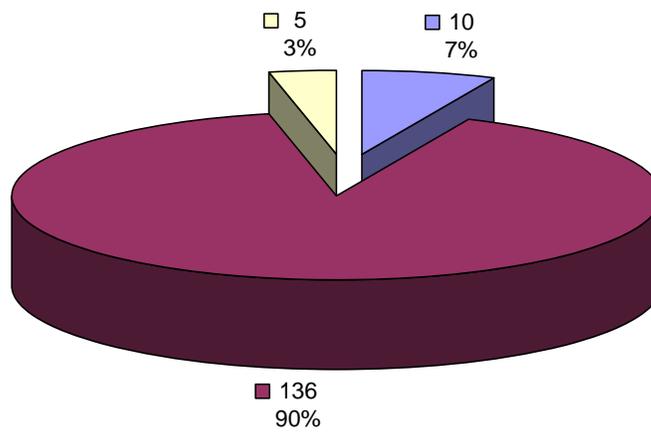


Goût excessif pour le sucré et le salé



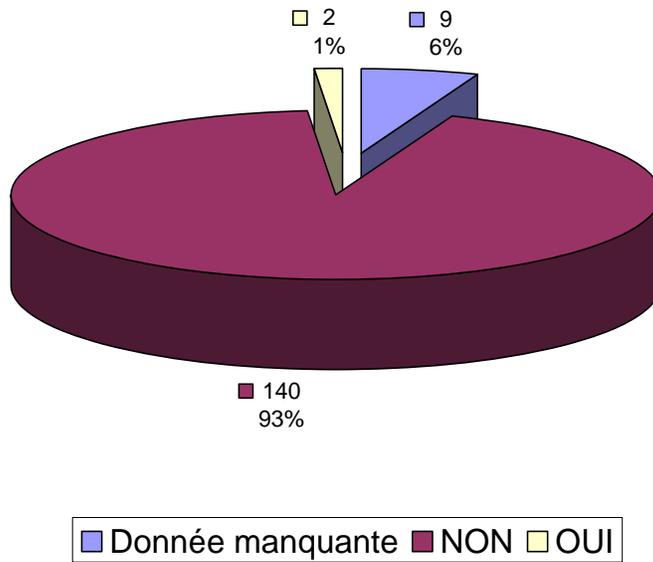
■ Donnée manquante ■ NON ■ OUI

Existence de crises de boulimie

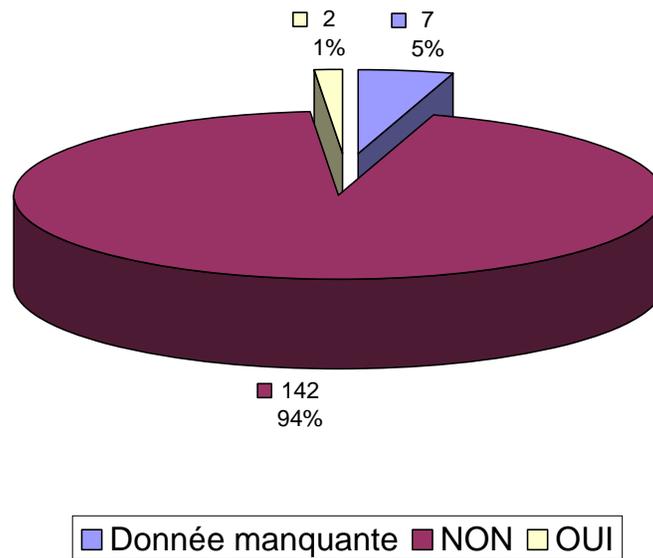


■ Donnée manquante ■ NON ■ OUI

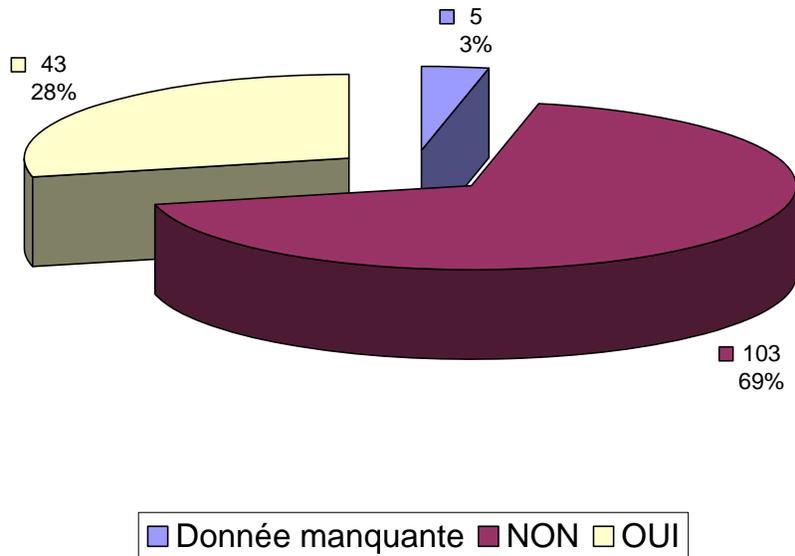
Usage de laxatifs



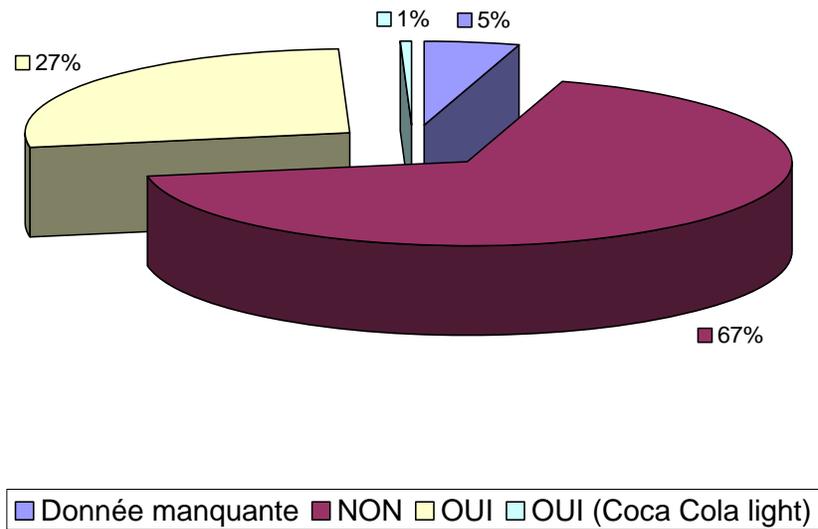
Vomissements provoqués



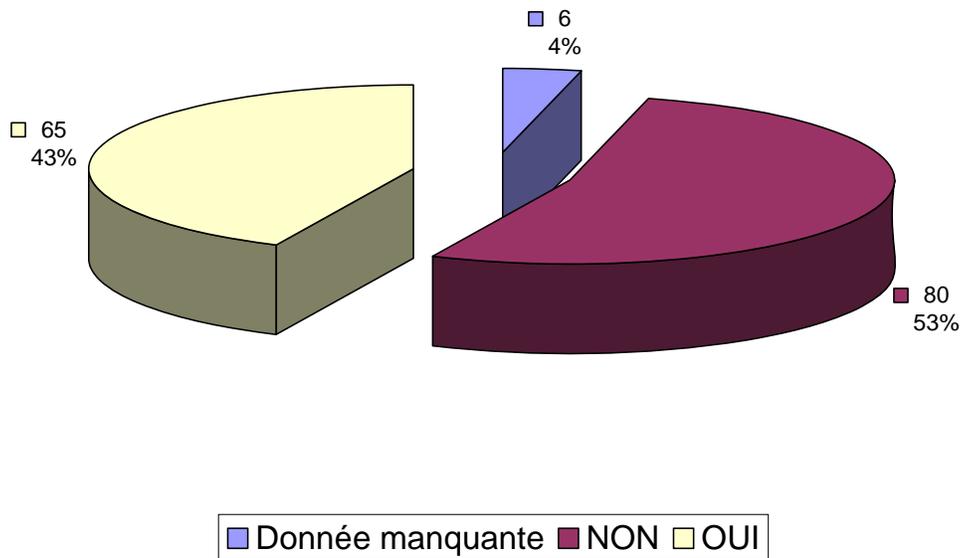
Consommation de boissons gazeuses



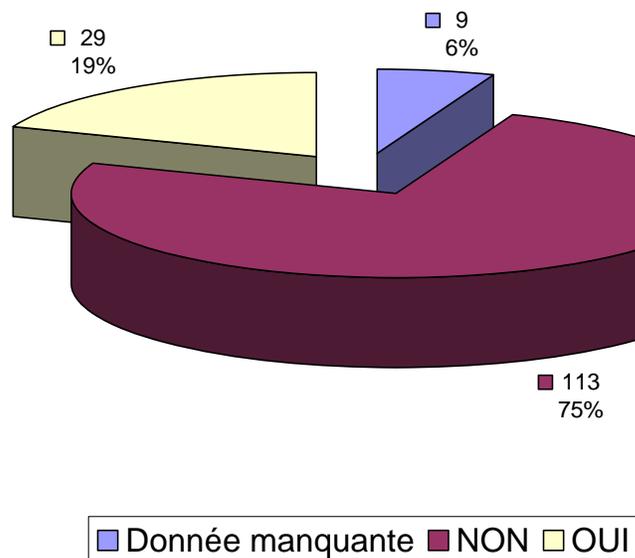
Consommation de Coca Cola



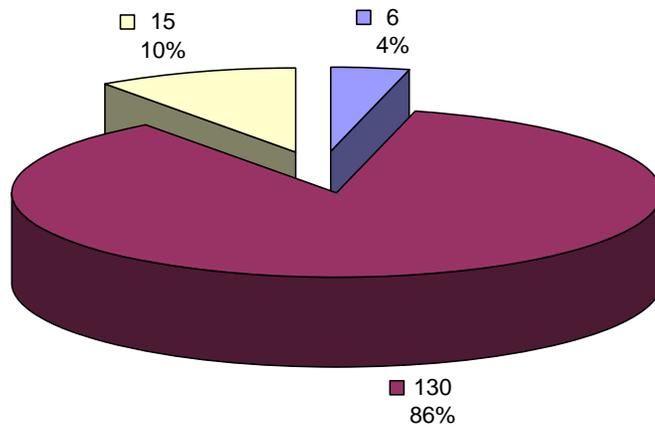
Consommation de café



Consommation de thé

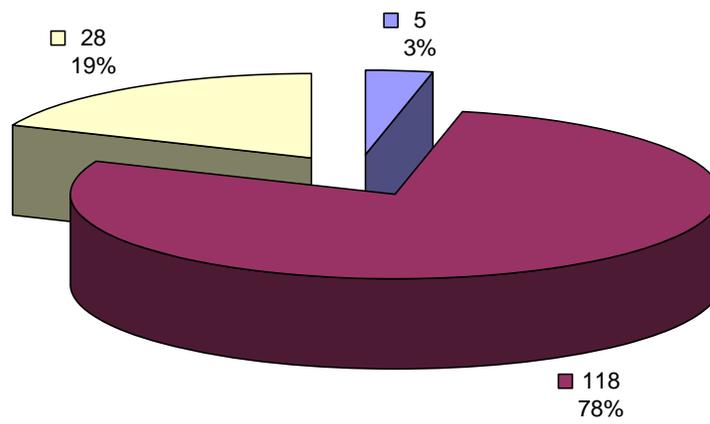


Consommation d'alcool



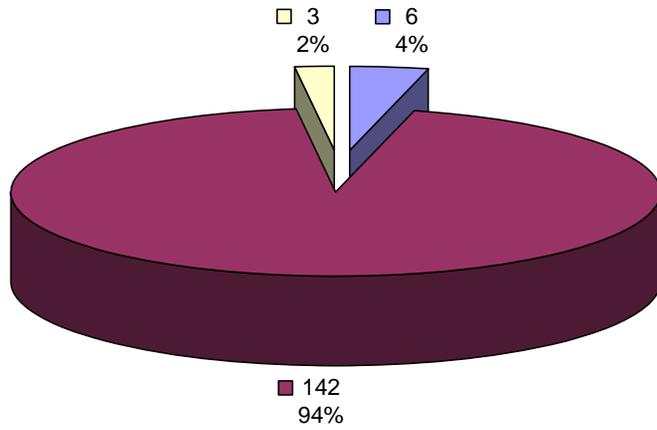
■ Donnée manquante ■ NON ■ OUI

Tabac



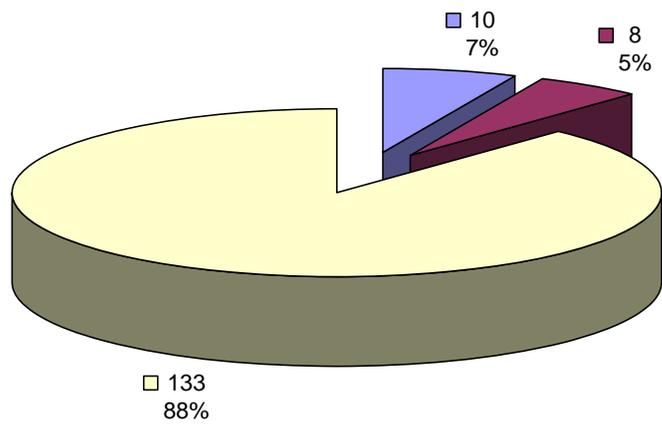
■ Donnée manquante ■ NON ■ OUI

Consommation de cannabis



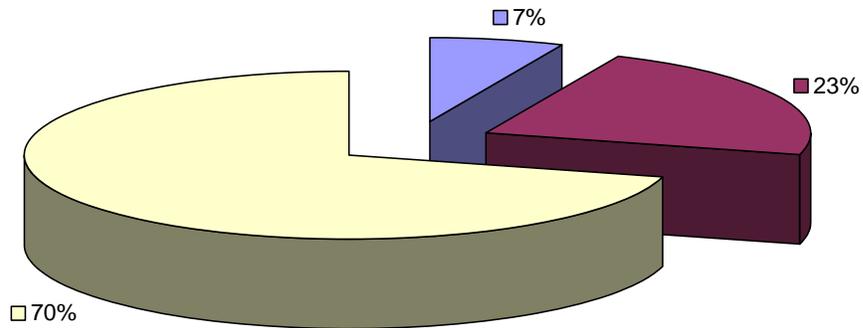
Donnée manquante NON OUI

Entourage au courant du projet d'intervention bariatrique



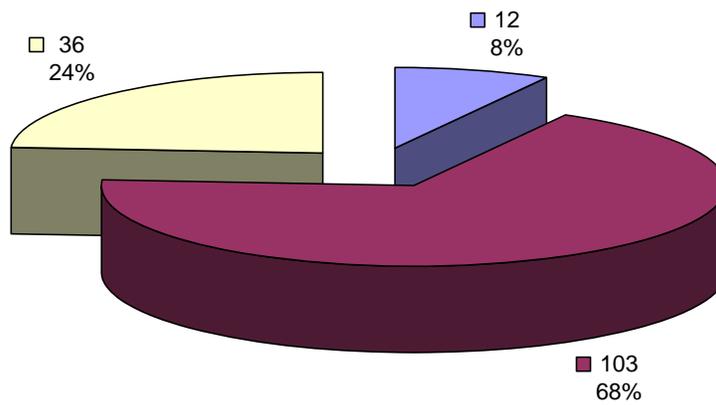
Donnée manquante NON OUI

Personne de l'entourage porteur d'anneau?



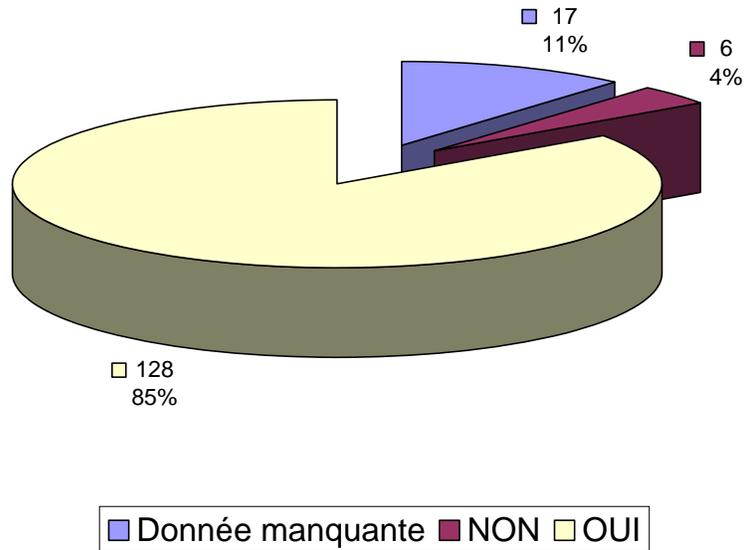
Donnée manquante NON OUI

CS postopératoire - patient nécessitant une prise en charge psychologique poste opératoire

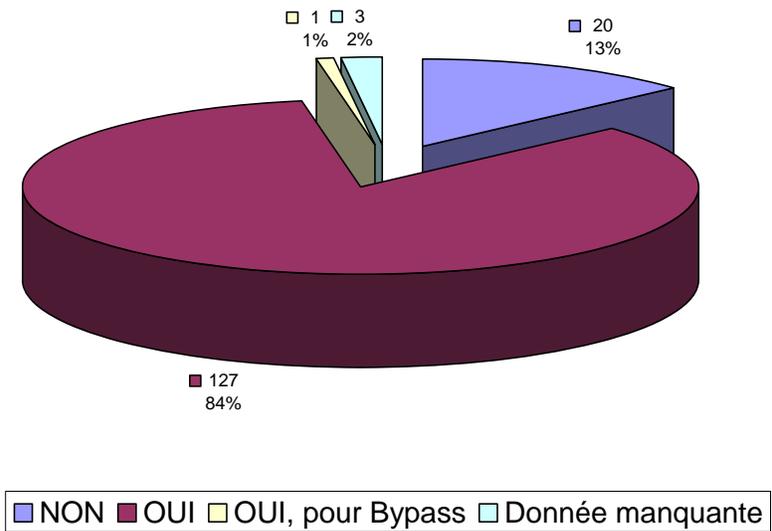


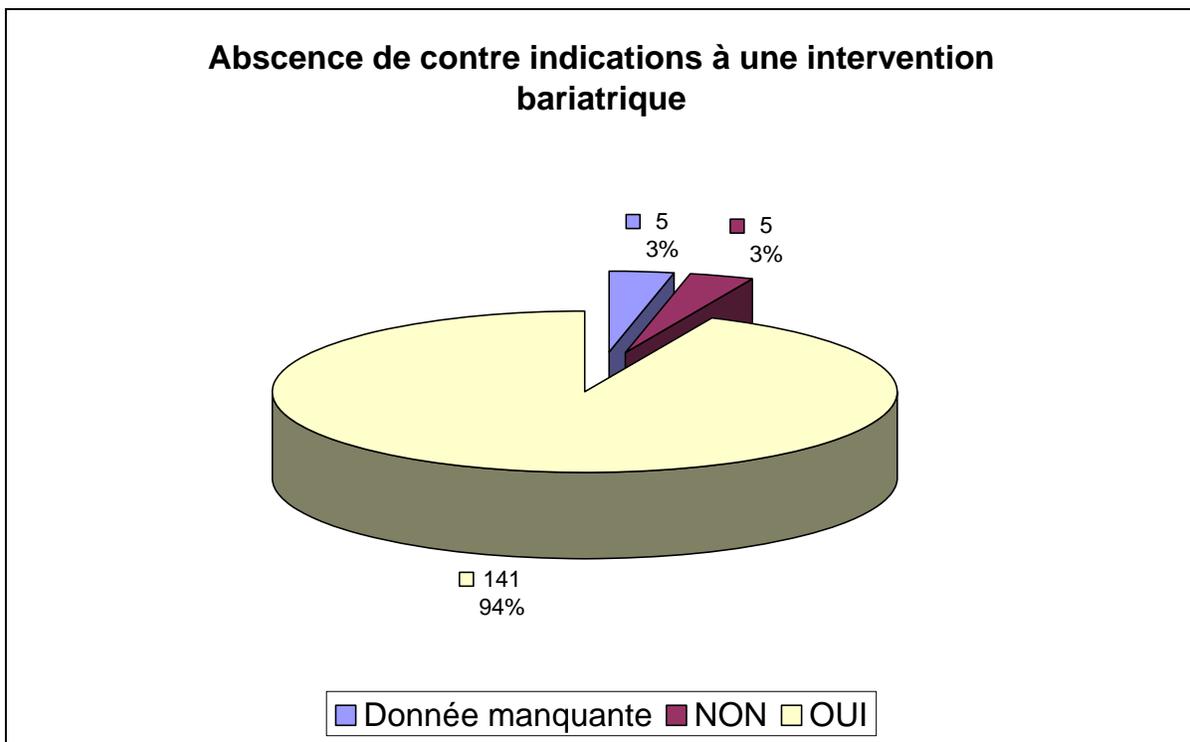
Donnée manquante NON OUI

Entourage en accord avec l'intervention



Connaissances inconvénients et avantages de l'intervention





L'évaluation psychologique de ces 151 patients obèses en préopératoire donnent les résultats suivants.

On remarque que l'étude comporte une majorité de femmes, 87%. 79% des patients obèses interrogés ont une activité professionnelle, 23% ont la CMU et la majorité des patients (85%) ne sont pas en situation d'endettement, 53% des patients sont mariés et 45% vivent seuls.

Pour 33 % des patients, le surpoids a débuté dans l'enfance ou l'adolescence. Les événements déclencheurs retrouvés dans l'enfance sont les conflits familiaux avec les parents dans 70% des cas, les maltraitances, la séparation des parents, les habitudes alimentaires familiales parfois.

Devenus adultes, l'obésité débute, dans la majorité des cas, suite à un décès d'un proche (de son enfant, de son conjoint, de ses parents, d'amis) donc le deuil et suite aux conflits familiaux et conjugaux dans plus de la moitié des cas sont aussi prépondérants : le divorce et le chômage. La grossesse et la ménopause (20% des femmes de l'étude sont ménopausées), sont des facteurs souvent retrouvés chez la femme devenue obèse à l'âge adulte. Les maladies avec prise de corticoïdes et le sevrage tabagique sont dans une minorité des cas des événements déclencheurs. Adultes il y a de rares cas ou aucun événement n'est retrouvé.

Le surpoids chez la mère est présent dans 42% et chez le père dans 25%. La fratrie du patient est obèse dans 53 % des cas.

Il y a présence d'antécédents médicaux chez les patients obèses lors de leur interrogatoire dans 61% des cas et chirurgical dans 68% des cas (toutes chirurgies confondues). Ils suivent un traitement médicamenteux dans 62% des cas et un traitement médicamenteux pour maigrir dans 43% des cas. Seulement 28% des patients ont suivi une cure d'amaigrissement. 61% des patients ont une comorbidité liée à leur obésité. 55% ont une hypothyroïdie. 43% des patients ont fait plus de 10 régimes traditionnels et 53% en ont fait entre 1 et 10, donc sans succès. Seuls 30% des patients interrogés déclarent avoir eu un antécédent psychiatrique et 66% le nient. Ainsi seuls 8% ont une dépression et 21% ont un trouble anxieux et 4% un trouble de la personnalité. Les TOC ne sont pas diagnostiqués. Il n'y a pas de patients psychotiques.

L'étude montre que les patients ne mangent pas normalement lors des repas dans 67% des cas. Ils mangent trop pendant le repas dans 55% des cas selon eux. Le grignotage est présent dans 61% des cas. 1 patient sur 2 est un "sweet eater" et 64% ont un goût excessif pour le sucré et le salé. Les patients boivent dans 30% des cas du soda ou du coca cola, dans 43% des cas du café et 10% du thé. 10% admettent boire de l'alcool, 19% fument du tabac et 2% du cannabis.

La boulimie est peu retrouvée 10%, et les troubles du comportement alimentaire accompagnés de prise de laxatifs ou de vomissements provoqués sont peu fréquents 10%.

Bien que la plupart expliquent que le fait de manger est dû à leur faim (25%), de nombreuses autres causes sont présentes : se sentir plein (36%), rassasié, se sentir à l'aise en société (25%), et/ou vaincre les émotions négatives pour réguler leur statut émotionnel (39%). Tous ces facteurs provoquent la prise alimentaire. Ainsi les activités professionnelles (41%) et les émotions négatives (39%) sont des facteurs provoquant la prise alimentaire afin de réguler et contrôler les émotions. A contrario ils expriment le fait que d'être actifs dans 43% des cas est un facteur inhibant la prise alimentaire. Il est important de souligner que l'activité sportive est inexistante dans 63% des cas.

Les raisons du choix d'être opérés, rapportées par les patients obèses sont dans 80% des cas, relatives au retentissement fonctionnel sur la santé et la morbidité, en particulier les problèmes rhumatologiques et orthopédiques (douleurs lombaires, gonalgies, arthralgies...) entraînant des douleurs mécaniques et des impotences fonctionnelles physiques. Les autres raisons les plus fréquentes citées sont la dimension esthétique, l'échec des autres méthodes d'amaigrissement, et le retentissement socioprofessionnel.

85% des patients se disent très motivés par leur projet thérapeutique, 10% motivés et seulement 1% ne l'est pas. 88% des patients interrogés ont informé leur entourage proche qui est favorable au projet d'être opérés dans 85% des cas.

D'ailleurs, 70% des patients ont un entourage porteur de l'anneau gastrique. A la fin du questionnaire préopératoire, le psychiatre est favorable à la chirurgie bariatrique dans 94% des cas.

6 DISCUSSION

6-1 LES POINTS FAIBLES

A - ENCORE TROP PEU D'ETUDES REALISEES SUR CE SUJET

La pathologie obésité, est devenue préoccupante depuis seulement 15 ans [1]. La chirurgie bariatrique est une technique récente en pleine expansion, demandant une nouvelle formation par de nouveaux chirurgiens [5,6]. Il faut plus d'études nationales mais aussi organisées à l'échelle internationale afin d'obtenir plus de résultats significatifs et ainsi aboutir à des consensus internationaux de méthodologies de prise en charge pré et post opératoires [90, 91, 92].

B - UNE MINORITE DE PATIENTS NE REPOND PAS AU TRAITEMENT CHIRURGICAL BARIATRIQUE

En post opératoire l'étude de Van Hout par exemple [26] montre de façon significative, une amélioration concernant les traits de la personnalité, les psychopathologies, les symptômes dépressifs, l'image corporelle, le comportement alimentaire, le fonctionnement social, et la santé, donc la qualité de vie [44, 48, 56, 81]. La plupart de ces améliorations sont vues la première et la deuxième année qui suivent l'opération [25]. Bien que certaines études [103,105,106] obtiennent des résultats variables, d'autres études suggèrent que ces améliorations restent largement inférieur au niveau de fonctionnement psychosocial de la population générale [57,58]. En outre, les améliorations apparaissent alors même que le patient est encore obèse [50]. De plus, certaines études ne montrent pas de changement psychosocial favorable [44]. Une détérioration concernant le fonctionnement psychosocial est rapportée malgré une perte de poids importante [25, 45, 67, 72].

A la lumière de ces résultats controversés, les évaluations psychologiques à court et long terme sont donc souhaitables à un rythme plus fréquent [82, 84, 100]. De même, concernant le symptôme dépressif, l'anxiété et le trouble du comportement alimentaire, les études divergent dans leurs conclusions [61,62, 63]. En effet, les troubles diminuent en majorité de façon significative, mais certains résultats sont décevants [44, 50, 65, 84]. Plusieurs explications suggèrent que ces résultats négatifs sont liés au peu de perte de poids voire un regain de poids [69].

Une autre idée serait de dire que les améliorations du début sont dues à tous les commentaires positifs et fréquents lors des premières visites post opératoires qui s'espacent progressivement [44, 103].

De plus, les patients sont déçus de découvrir que la perte de poids n'améliore pas considérablement leur vie, et que les problèmes qui existaient avant l'opération, persistent malgré la perte de poids. Ils réalisent que de nombreux problèmes psychologiques sous jacents ne sont donc effectivement pas liés à leur poids [35, 39, 44, 53]. Il faut également noter, qu'une fois le problème de poids résolu, d'autres problèmes surgissent auxquels ils doivent faire face, comme les personnes qui n'ont pas de problèmes de poids : les problèmes de la vie quotidienne. Les patients ne sont plus habilités à être excusés des événements négatifs de leur vie par leur obésité. Ils ne sont plus considérés comme des victimes de leur poids. Finalement, les patients peuvent rencontrer des difficultés à s'adapter psychologiquement aux conséquences de la chirurgie, que ce soit au niveau des limites qu'elle engendre, que des nouvelles possibilités, comme leur nouvelle taille et forme de corps et l'attention qu'on leur porte désormais [25, 41, 43].

C - LIMITES METHODOLOGIQUES DES ETUDES PUBLIEES

Quelques limites méthodologiques des études sont à mentionner. Elles entraînent des résultats discordants.

Premièrement, les patients évalués lors des études, sont recrutés dans des cliniques privées ou des centres spécialisés de chirurgie de l'obésité. Les études sont donc réalisées par des auteurs qui sont les acteurs des interrogatoires voire de la chirurgie elle-même.

De plus, la plupart des patients suivis dans les études anglo-saxonne ont une assurance sociale et une mutuelle couvrant les remboursements des soins [40]. Il est établi de façon significative que les patients qui sont assurés ont un meilleur suivi que les autres : ils se rendent à leurs rendez-vous post opératoires et sont plus compliant aux traitements et recommandations multidisciplinaires prescrits [40]. En France seuls les patients assurés sont opérés.

Deuxièmement, les études [26, 32, 40, 43, 44, 65, 85, 88, 93, 104], portent encore sur de petites séries d'obèses opérés (entre 80 et 300 pour chaque étude, 151 à Avicenne). Il y a donc de petites séries d'hommes et de femmes en proportion, d'où la difficulté de généraliser et d'interpréter les différences que l'on retrouve entre hommes et femmes obèses [85, 110]. Cela réduit donc la possibilité de mettre en évidence des conclusions adéquates pour chaque variable étudiée chez ces obèses afin de les généraliser à tous.

Troisièmement les données rapportées par les différentes études ne sont pas toujours comparables car les mesures quant au poids des patients ne sont pas identiques [26, 85]. Ainsi la réduction de l'IMC peut être utilisée, alors que dans une autre on suivra la perte de poids en valeur absolue en kg, ou bien relative en % du poids initial, ou bien parfois, un % de poids excédent par rapport à un poids souhaitable. Actuellement c'est le pourcentage de perte d'excès de poids qui fait référence [13].

Quatrièmement, la durée des études sont courtes et ne couvrent pas les mêmes durées selon les groupes de patients étudiés, allant de 1 mois en post opératoire à 6 mois puis 1 an et 2 ans [32, 85]. Les résultats obtenus sont significatifs et positifs sur ces périodes de temps donnés [85,104], mais des études montrent une régression de la qualité de vie après 2 ans, en rapport avec un regain de poids chez 20% des patients opérés [48, 49, 61, 102, 106].

Il faudrait donc étudier les patients opérés sur au moins 3 ans après l'intervention afin d'identifier les valeurs prédictives préopératoires d'un maintien de poids après la chirurgie [62, 74, 100].

C'est toute la difficulté des études, car encore une fois les patients obèses opérés réagissent différemment quant au suivi et à la compliance au traitement [44, 59]. Les études montrent d'ailleurs que la participation post opératoire pour les visites psychologique des patients est faible parmi les spécialistes de la même équipe les ayant évalués en préopératoire. Il est évident que les patients qui ne sont pas d'accord avec le suivi répondent moins favorablement que ceux qui le sont [59, 103]. Pourtant la mise en place d'un remboursement de soins à 100%, avec un contrat médical incluant un nombre nécessaire et suffisant de rendez-vous pré et post opératoires est proposé aux patients. Cela permet de les faire participer à des enquêtes épidémiologiques [1] et de réaliser leur suivi diététique et nutritionnel à long terme.

D - LE MANQUE DE FORMATION ET D'EXPERIENCE PROFESSIONNELLES QUANT A L'EVALUATION PRE- OPERATOIRE ET AU SUIVI POST-OPERATOIRE DU PATIENT OBESE

Bien qu'un rapport national indique que 95% des chirurgiens opèrent au sein d'une équipe multidisciplinaire, les procédures utilisées sont encore inconsistantes [82].

Par exemple, bien que plus de 80% des programmes requis en préopératoire utilisent une évaluation de la santé mentale [31, 33, 34, 73, 85, 109], il y a peu de consensus établi quant à la façon d'utiliser les résultats obtenus, dans un contexte de médecine préventive. De plus, malgré le fait de la nécessité évidente de l'intervention des psychiatres et psychologues au sein de l'équipe interdisciplinaire, les études montrent l'insuffisance qui persiste au sein de nombreuses équipes cliniques [82]. Ceci est dû à la nature ultra spécialisée de ce traitement de chirurgie bariatrique encore peu étudié [13, 92]. Au vue de la demande croissante de la pratique de la chirurgie bariatrique, il y a un besoin fort d'obtenir des données empiriques afin d'informer l'exercice professionnel préopératoire [90, 92]. Les connaissances actuelles sur les conditions psychosociales et prédictives de l'efficacité de la chirurgie bariatrique sont encore insuffisantes [84]. Un besoin de formation professionnelle devrait être réalisé comme pour toute discipline médicale et chirurgicale évoluant avec les progrès

scientifiques actuels, au sein de la formation continue obligatoire, au cours de séminaires, mais aussi désormais, lors des études de médecine et de l'internat de chirurgie, de psychiatrie, d'endocrinologie et de gastroentérologie [82, 84]. Un circuit de surveillance et de traitement médical, pourrait être organisé pour ces obèses en pré et post opératoires, avec des médecins formés, et agissant selon des normes identiques pour tous, réglementés par la Haute Autorité de santé. De même, les enquêtes épidémiologiques organisées à chaque consultation selon des protocoles d'études nationaux donc identiques, seraient alors des données statistiques répertoriées et informatisées pour l'INSEE quant à une démarche de santé publique.

E - LA SUBJECTIVITE DES REponses DES PATIENTS AUX QUESTIONNAIRES PSYCHIATRIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

L'importance de la prévalence et de la clinique des troubles psychiatriques présents parmi les candidats à la chirurgie bariatrique ne sont pas complètement compris. Les preuves apportées par les études montrent comme nous l'avons vu, de forts taux de troubles psychosociaux. Les revues de la littérature ont utilisé de nombreux questionnaires différents afin d'obtenir ces résultats [32, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 55, 73]. De plus, la plupart des études se sont focalisées sur un nombre restreint de troubles psychiatriques ou de symptômes tels le trouble du comportement alimentaire [45, 53, 87, 109]. Ce dernier a, en effet montré sa relation avec les résultats peu probants à long terme après l'opération [102, 104, 106]. Mais la majorité des études n'ont pas inclus l'évaluation d'autres troubles mentaux au sein d'un même groupe étudié. En d'autres termes, toutes les conséquences de la chirurgie bariatrique, hormis la perte de poids ne sont pas toujours étudiées au sein de la même étude [45, 63, 68, 71, 76, 87, 103]. La majorité des études ne fournissent pas en même temps au sein de la même étude, les informations concernant les effets relatifs au retentissement fonctionnel sur la santé, mais aussi toutes les comorbidités physiques et psychologiques et la qualité de vie [43], qui sont rappelons-le, les priorités de la chirurgie bariatrique [100].

Par ailleurs, les études montrent qu'il existe un véritable déni de la pathologie chez l'obèse. Ce qui contribue à des réponses subjectives aux questionnaires d'évaluation psychosociale [40, 109]. Le MCSD (Marlowe-Crowne Social Desirability) montre en effet le souhait du patient d'obtenir l'approbation de l'équipe médicale pour être opéré en sous évaluant eux-mêmes leurs psychopathologies lors de leur réponse au questionnaire [40]. De plus, certains patients mentent, pour améliorer leur présentation afin d'être, encore une fois acceptés pour l'opération.

L'étude d'Avicenne le montre. En effet, ils ne sont que 8% à être dépressifs, 21% à être anxieux et les TOC ne sont pas présents, alors que la majorité des études de la bibliographie montrent que ces troubles psychologiques sont les plus fréquemment retrouvés [52, 54, 60, 69]. Ce déni serait un mécanisme de défense

psychologique visant à éviter les émotions négatives et donc à répondre en surestimant leur bonne santé mentale. Une autre suggestion est que l'évaluation psychiatrique traditionnelle réalisée sur la population générale, n'est peut être pas adaptée à une population d'obèses et n'établit peut être pas de rapport direct avec leur expérience d'obésités morbide. Ainsi les résultats pourtant significatifs, ne seraient alors pas aussi pertinents, que si d'autres mesures plus spécifiques concernant l'obèse morbide étaient évaluées [77, 78, 88, 89, 93, 94, 96, 97].

De plus, des antécédents sont parfois difficiles à évaluer, tels les maltraitements et sévices de tout ordre, compris sexuels, durant l'enfance. La validité des rapports les concernant sont complexes et ambigus. Pourtant le questionnaire CTQ [37] est validé et évalue des données indépendantes à la maladie d'obésité. Il n'est pas mentionné dans le questionnaire psychiatrique de l'étude d'Avicenne d'items portant sur les maltraitements et sévices sexuelles.

On peut penser que les patients obèses ont effacé certains de leurs souvenirs personnels, et ont établi une barrière consciente ou inconsciente pour ne pas divulguer ces révélations douloureuses de leur passé.

Dans nos résultats [78, 88, 93], il est établi de façon significative que cet antécédent n'est pas une contre indication à la chirurgie bariatrique, car il n'y a pas de différences entre les groupes ayant subi des maltraitements ou pas, concernant l'élévation ou l'amélioration des symptômes psychologiques en postopératoire [97]. La limitation de méthode dans ce groupe de patients maltraités dans l'enfance est la durée d'évaluation en post opératoire [78, 88].

En effet, il est possible qu'un pronostic significatif puisse se faire, mais à long terme sur une plus longue période post opératoire pouvant par exemple voir une réémergence des symptômes, une fois le poids désiré obtenu atteint, poids normal précédent les maltraitements qui auraient donc provoqué cette obésité [78, 88, 95, 96].

6-2 LES POINTS FORTS : LES CONSEQUENCES SCIENTIFIQUES ET PROFESSIONNELLES PRATIQUES.

A - LES RESULTATS SIGNIFICATIFS OBTENUES

Au vue des nombreux résultats obtenus mentionnés dans cette thèse, les auteurs suggèrent qu'il n'y a pas de raison pour que les patients avec des troubles psychiatriques soient exclus du traitement chirurgical bariatrique hormis les psychoses [28]. Tant qu'il est fourni au patient une assistance psychiatrique et psychothérapeutique adaptées en période pré et post opératoire, les patients obèses doivent être qualifiés pour être opérés.

La synthèse étant de dire que d'après les études cliniques, la majorité des patients souffrent de troubles de l'humeur, et de troubles anxieux, sans influence négative sur le niveau ou la vitesse de perte de poids en post opératoire. Il en est de même

avec les autres troubles psychopathologiques étudiés tels le trouble du comportement alimentaire, les stress post-traumatiques, et les somatisations [26, 27]. En fait le facteur décisif est plus le degré de sévérité du symptôme ou du trouble, plutôt que sa présence chez le patient [76].

D'ailleurs la relation qui existe entre la prévalence des troubles psychiatriques et la sévérité de l'obésité et de son retentissement fonctionnel montre dans 80% des cas un impact positif de la chirurgie bariatrique sur les comorbidités [104, 105, 107].

B - LES EVALUATIONS PRE-OPERATOIRES : OUTILS INDENIABLES

Toutes les méthodes d'interrogatoire utilisent des questionnaires reconnus et validés de façon internationale, qui sont donc des outils appropriés et utiles dans ces consultations pré opératoires de chirurgie bariatrique [32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42].

On a donc une base de travail et de véritables outils pour évaluer le patient obèse dans ce processus de qualification au traitement chirurgical. Ainsi, les réponses aux différents questionnaires permettent très tôt dans cette procédure d'interrogatoire préopératoire de l'obèse, l'identification des facteurs qui peuvent avoir une influence significative soit positive, soit négative sur l'efficacité du traitement bariatrique [56, 86]. De plus, ces résultats fournissent l'opportunité de prendre les mesures préventives nécessaires, avant que ces facteurs défavorables puissent commencer à opérer et perturber l'efficacité de l'opération [44, 45, 46, 59]. Raison pour laquelle on doit comprendre les implications potentielles de la préparation de la chirurgie pour un meilleur résultat [26, 27, 87, 103].

Au vue du formidable intérêt croissant, pour la chirurgie bariatrique, les patients doivent bénéficier d'évaluations préopératoires futures plus sophistiquées. En effet, l'influence de nouvelles variables comme le MCSD [40], le TCI [32, 85, 87], le CTQ [35, 37, 38, 53] sur les résultats prédictifs de la chirurgie est significative. Elles doivent donc être incluses lors de l'évaluation pré opératoire.

De plus, de nouvelles données se mesurent et sont disponibles, fournissant de nouvelles informations pour les études futures : la relation établie entre obésité et qualité de vie [29] est mesurable et donc intéressante pour également évaluer le suivi de l'obèse opéré [50, 81].

Un autre indicateur, la ténacité [32] a montré son intérêt significatif et doit être inclus dans l'évaluation préopératoire tel un véritable outil d'identification du candidat ayant une meilleure chance d'efficacité de la chirurgie [43, 51, 70]. En effet certaines dimensions des différents traits de la personnalité mesurées par le TCI (temperament and character inventory) sont prédictives de l'efficacité de la chirurgie bariatrique pour la perte de poids contrôlée et maintenue à un an [32, 85, 87]. Les résultats de ces études confirment la pertinence d'évaluer la personnalité du patient.

Premièrement, le fait de ne pas être persévérant, tenace, confiant, et capable de gérer les obstacles dans la vie en général, n'est pas une contre-indication à la chirurgie mais à une valeur prédictive de moins bon résultat sur la perte de poids. Deuxièmement, si l'attitude de frustration à l'échec est mise en évidence lors des tests, le patient est alors, informé en préopératoire de ce comportement néfaste quant à l'aboutissement et le maintien de la perte de poids. Il est donc prévenu en plus, d'être entraîné, et encouragé, à s'engager dans une attitude active pour améliorer voire changer ce comportement immature, rigide et de laisser aller.

Ces nouvelles variables permettent d'avancer sur la compréhension de la cause de l'obésité et permet donc d'améliorer son traitement. Comprendre une pathologie permet de trouver son traitement. En effet, un exemple étudié est l'exemple de l'étude des comportements d'addictions quant aux substances, alcool, et toute autre drogue confondues. Cela nous aide à comprendre les troubles des comportements alimentaires ayant eu, pour conséquence, l'obésité [79]. Ces études entraînent donc de nouvelles approches pour comprendre des pathologies certainement liées entre elles et donc l'apparition de nouveaux traitements, voire de l'amélioration de la prise en charge de ces pathologies. Elles permettront de découvrir d'autres paramètres inconnus actuellement, qui influencent les résultats de la chirurgie de l'obésité.

N'est- il pas intrigant d'avoir de bons résultats sur un terme de 4 ans en post opératoire puis une détérioration après cette durée [100].Quelle donnée nous échappe à ce moment du suivi ?

7 CONCLUSION

L'obésité est une maladie chronique qui nécessite un suivi multidisciplinaire à vie. L'obésité a été reconnue comme une maladie par l'OMS en 1997 [1]. Elle a pour définition un excès de masse grasse. On parle d'IMC (Indice de Masse Corporelle) comme marqueur de cette obésité [1].

La prévalence de l'obésité augmente de façon importante depuis une dizaine d'années (5% d'augmentations annuelle depuis 1997), et de façon inquiétante en termes de santé publique [28], tant et si bien qu'on parle d'épidémie de l'obésité aux Etats Unis. L'obésité devient courante en Europe, surtout dans les pays du sud et l'Europe de l'Est. La France quant à elle, compte 12% d'obèses ou 6 millions de personnes [2].

Le seul traitement efficace et de choix pour l'obésité sévère et morbide est la chirurgie bariatrique [8]. La chirurgie est le seul traitement qui, à long terme donne des résultats sur la perte de poids dans l'obésité sévère et morbide, ainsi le nombre d'interventions a considérablement augmenté depuis quelques années. Ce traitement est passé de 2000, en 1995, à 15 000 en 2003 en France [5].

Cette maladie chronique considérée par abus de langage au regard de son incidence à une pandémie [90, 91, 92], a une conséquence économique nationale [2] et mondiale : le traitement de toutes les comorbidités, les arrêts maladies, la mortalité, sont des coûts pour la société, indéniables au vue de leur nombre [9, 10]. Il est donc devenu indispensable aux médecins et chirurgiens, et au patient obèse candidat à la chirurgie bariatrique, de pouvoir se référer à des consensus internationaux [1, 6, 7, 31], au vue de la grande influence des conditions psychosociales [26,46,47] des patients obèses sur l'efficacité du traitement.

La pratique de la chirurgie bariatrique est la question du bénéfice-risque à se poser dans le cas de l'obésité sévère et morbide. L'obésité morbide n'est pas seulement associée à des comorbidités médicales [6,28] et physiques mais aussi, à des troubles psychologiques, des problèmes psycho sociaux et une qualité de vie médiocre [26, 29, 69]. Les conséquences de l'obésité dans le domaine psychologique, sont surtout l'anxiété, la dépression, les troubles somatiques neurotoniques, une mauvaise image de son corps et une faible estime de soi [26, 43, 61]. En fait, ces psychopathologies diminuent voire disparaissent en postopératoire, ainsi la littérature actuelle suggère qu'elles sont donc des comorbidités de l'obésité morbide [26, 62, 63, 70, 76]. En plus de l'importante perte de poids, l'amélioration et/ou la guérison des comorbidités [100], la chirurgie bariatrique amène à une réduction des psychopathologies et du trouble du comportement alimentaire, et, amène donc à une meilleure qualité de vie [50, 81, 104, 105, 107]. Il est même considéré selon certains auteurs que la chirurgie bariatrique est un traitement des troubles du comportement alimentaire.

La littérature actuelle est encore pauvre quant aux études prospectives [13, 90, 92] et ne donne pas de consensus de procédure d'évaluation bien établie, de façon internationale, concernant le candidat type à la chirurgie bariatrique et quelle technique chirurgicale est la mieux adaptée pour perdre du poids. Les méthodes employées jusqu'alors sont des questionnaires protocolaires ou validés par le corps médical international psychiatrique [32, 33, 34, 35, 36, 37,38, 39, 40, 41, 42, annexes 1, 2 ,3], qui évaluent le profil psychosocial d'un individu, en l'occurrence qui sont utilisés dans l'évaluation du patient obèse en pré opératoire et son suivi en post opératoire. Cela facilite non seulement l'identification des variables psychopathologiques, liées au succès de la chirurgie, mais aussi notre compréhension des facteurs prédictifs d'un résultat positif après l'opération.

Bien qu'aucun indicateur prédictif unique et fort, n'ait émergé parmi tous les résultats obtenus des recherches actuelles, les premières données de la littérature suggèrent que le trouble du comportement alimentaire récurrent ou débutant chez les obèses sévères et/ou morbides, est certainement associé à la reprise de poids et donc à l'échec du résultat à long terme de la chirurgie bariatrique, mais il ne constitue pas à lui seul une contre indication à la pratique de la chirurgie.

D'autres variables intéressantes et plus sophistiquées, mais ayant donné des valeurs significatives positives quand au suivi des patients, sont par exemple la ténacité avec le TCI [32, 85] ,ou la persévérance du patient dans son approche du traitement [32, 85, 87], et le MCSD [40].

On doit également introduire le questionnaire concernant la présence ou non de maltraitance dans l'enfance, sévices sexuel inclus selon le CTQ [35, 37, 38, 53] .

Le facteur environnemental familial et amical joue un rôle prépondérant dans l'efficacité du résultat de la chirurgie [45, 59, 76].

Des antécédents ou des pathologies psychiatriques présentes au moment de l'interrogatoire du patient, sont souvent communs à tous les obèses. Ils ne sont pas prédictifs d'un mauvais résultat à long terme de la chirurgie, et ne constitueraient donc pas, une contre indication à ce traitement : la dépression, les TOC, les troubles anxieux, la consommation d'alcool, de drogues, les troubles des comportements alimentaires [26,27] dans les antécédents voire la maltraitance dans l'enfance, y compris les sévices sexuelles [77, 78, 93], sont en majorité retrouvés et ne sont pas des contre indications à la réalisation du traitement chirurgical. C'est le degré de sévérité du trouble plus que sa présence qui amène l'équipe médicale à accepter le patient obèse dans le programme de chirurgie bariatrique [76].

D'ailleurs les échecs de ce traitement sont largement attribués à des facteurs psychologiques, plus qu'à des effets secondaires techniques [57, 58, 71, 81, 105, 106].

Ce qui demande une compréhension plus large du patient obèse et sa prise en charge multidisciplinaire.

Malgré tout, une minorité de patients ne bénéficient pas des effets positifs de la chirurgie concernant la perte de poids et l'amélioration des problèmes psychosociaux [25, 44, 45, 50, 57]. Il est important de noter que la satisfaction est liée à la perte de poids mais aussi à la qualité de la vie [29, 50, 51, 70, 81, 102] retrouvée dans tous les domaines du bien être physique et social alors même que le patient reste obèse ou n'a pas atteint le poids désiré.

Bien qu'ils existent de nombreux résultats différents voire discordants [61, 62, 63], rapportés par les études émergeant de la littérature actuelle, l'amélioration considérable et significative globale [102, 103] quant au fonctionnement psychosocial, et à la qualité de vie [8, 48] du patient obèse en post opératoire, justifie dans tous les cas, hormis les contre indications évidentes [3, 6, 7, 60] la chirurgie bariatrique pour traiter l'obésité sévère et/ou morbide. Une consultation psychiatrique plus détaillée avec des questionnaires validés et largement utilisés [32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, annexes 1, 2 ,3] doit être de rigueur au sein d'une équipe multidisciplinaire formée [64 ,82,84].

Enfin, la chirurgie bariatrique est une puissante enquête pour comprendre la cascade complexe d'événements associés à la régulation du poids [79].

8 RESUME

La France compte 6 millions d'obèses ou 12% de sa population. L'obésité est une maladie chronique qui nécessite un traitement à vie. Elle constitue donc un problème de santé publique, à la vue de ses nombreuses comorbidités.

Les méthodes traditionnelles, régime alimentaire et activité sportive en plus d'un traitement médicamenteux, ne représentent que 5% de réussite à long terme. Le seul traitement efficace de cette maladie est la chirurgie bariatrique.

Ce nouveau traitement est, depuis 1991, recommandé par un consensus international, pour les obésités ayant un IMC supérieur ou égal à 40 et un IMC supérieur ou égal à 35 avec présence de comorbidités.

Il existe différentes techniques et son intérêt actuel, continue de croître, nourri par l'attention des médias, et par l'augmentation de patients opérés et satisfaits de leur rapide perte de poids.

Outre les comorbidités cardiovasculaires, métaboliques, respiratoires, ostéoarticulaires, la littérature suggère que les troubles psychiatriques présents chez les obèses représentent aussi une catégorie de comorbidités. L'obésité serait donc une cause de désordres psychiatriques.

De ce fait, la littérature actuelle a démontré la présence de nombreux facteurs psychosociaux prédictifs de l'efficacité ou non de cette intervention chirurgicale, toutes techniques confondues. Ces variables englobent des données médico psychosociales évaluées selon des questionnaires valides par des consensus internationaux. Une prise en charge multidisciplinaire est nécessaire afin d'évaluer le profil de l'obèse pour poser l'indication opératoire. Cette évaluation pré-opératoire permettra à l'équipe, d'évaluer son profil, grâce à des variables prédictives de bons ou mauvais résultats attendus de la chirurgie bariatrique, afin d'adapter le traitement en fonction des résultats obtenus lors de l'interrogatoire pré opératoire.

Le problème actuel réside en l'insuffisance d'expérience, tant d'un point de vue formation, que de connaissances actuelles, sur le profil type du candidat à la chirurgie bariatrique. Cette chirurgie bariatrique constitue une spécialité à part entière. Il n'existe pas consensus sur la meilleure technique chirurgicale à employer pour perdre du poids. Le concept de variables psychosociales et de la qualité de vie et un consensus sur la procédure de leur évaluation devient nécessaire. Des variables plus sophistiquées apparaissent et doivent être utilisées lors de la procédure d'évaluation et de candidature à la chirurgie bariatrique.

La plupart des études montrent que la présence de troubles psychiatriques chez l'obèse est courante et ne constitue pas de contre-indications à opérer le patient désirant ce traitement pour guérir. Il ne faut pas, néanmoins, opérer les psychotiques. De plus, il est important de se rappeler, que la clé du succès de la

chirurgie bariatrique, ne réside pas simplement dans la perte de poids et son maintien dans le temps, mais aussi, et peut-être encore plus, dans l'amélioration de la qualité de vie du patient. En effet les résultats montrent de façon significative l'amélioration voire la guérison de nombreux troubles psychiatriques avec la perte de poids obtenu en plus de la guérison ou de l'amélioration des autres comorbidités.

9 MOTS CLES

Obésité, obésité morbide, IMC, chirurgie bariatrique, perte de poids, comportement nutritionnel, diététique, évaluation multidisciplinaire, DSM IV, profil psychologique, ténacité, trouble du comportement alimentaire, image corporelle, dépression, anxiété, sévices sexuelles, qualité de vie.

10 REMERCIEMENTS

Je suis reconnaissante à Jean Marc Catheline, mon maitre à penser, pour sa compréhension, son aide, et sa patience, durant la réalisation de ce travail, que je lui dédis.

Je l'admire pour avoir été précurseur et avant-gardiste, quant à cette spécialité de chirurgie bariatrique dans sa spécialité de chirurgie viscérale.

Il aide, comme nous tous médecins, l'être humain à se faire accepter de lui-même et des autres dans une société contemporaine où l'on continue de stigmatiser la différence.

Remerciements :

A mon président de thèse :

Monsieur le Professeur Gérard REACH, Endocrinologue, merci de l'intérêt porté à mon travail.

Et aux membres du jury pour leur soutien et leur présence :

Docteur Jean Luc FOURNIER, Anesthésiste

Docteur Thierry BAUBET, Psychiatre

Professeur Julien Daniel GUELFY, Psychiatre

Le soutien moral et financier de mes parents, la jovialité et la solidarité de ma sœur Caroline et de mon frère Anthony, et le soutien de mes plus chers amis, m'ont permis de consacrer le temps nécessaire à étudier à fond ce qu'est devenu ce projet professionnel.

11 BIBLIOGRAPHIE

[1] World Health Organisation. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. World Health Organ Tech Rep Ser 2000;894:1-253.

[2] La Rosa E, Valensi P, Cohen R, Soufi K, Robache C, Le Clésiau H. Déterminisme socioéconomique de l'obésité en Seine-Saint-Denis. Presse Med 2003;32:55-60.

[3] Ayad C, Andersen T. Long-term efficacy of dietary treatment of obesity. A systematic review of studies published between 1931 and 1999. Obes Rev 2000;1:113-9.

[4] Thompson D, Wolf AM. The medical-care cost burden of obesity. Obes Rev 2000;2:189-97.

[5] Buchvald H, Williams SE. Bariatric surgery worldwide 2003. Obes Surg 2004;14:1157-64.

[6] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé (Anaes). Chirurgie de l'obésité morbide de l'adulte. 2001.

[7] NIH, Consensus Development Conference Panel. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus Development Statement. Ann Intern Med 1991;115:956-61.

[8] Sjöström l'and Swedish obese Subjects Study Scientific Group. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. Engl J Med 2004;351:2683-93.

[9] Sjoström CD, Peltonen M, Wedel H, Sjoström L. Differentiated long-term effects on intentional weight loss on diabete and hypertension. Hypertension 2000;36:20-5.

[10] Christou NV, Sampalis JS, Liberman M, Look D, Auger S, McLean APH, et al. Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidity obese patients. Ann Surg 2004;240:416-24.

- [11] Scorpiano N, Adami GF, Marinari GM, Gianetta E, Traverso E, Friedman D. Biliopancreatic diversion. *World J Surg* 1998;22:936-46.
- [12] Mason EE. Vertical banded gastroplasty for morbid obesity. *Arch Surg* 1982;117:701-6.
- [13] Deitel M, Greenstein RJ. Recommendation for reporting weight loss. *Obes Surg* 2003;13:159-60.
- [14] Belachew M, Legrand MJ, Vincent V. history of Lap-Band : From dream to reality. *Obes Surg* 2001;11:297-302.
- [15] Msika S. Chirurgie de l'obésité 1: efficacité des différents procédés chirurgicaux. *J Chir (Paris)* 2002;139:194-204.
- [16] Msika S. Chirurgie de l'obésité 2: complications. *J Chir (Paris)* 2003;140:4-21.
- [17] Chevalier JM, Zinzindohoué F, Douard R, Elian N, Feraz JM, Blanche JP, et al. Complications after laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity : experience with 1000 patients over 7 years. *Obes Surg* 2004;14:407-14.
- [18] Marmuse JP. Le bypass gastrique. In: Chevalier JM, Patou F, editors. *Chirurgie de l'obésité – Monographie de l'association française de chirurgie*. Rueil-Malmaison : Arnette;2004. p. 104-46.
- [19] Catheline JM, Rosales C, Cohen R, Bihan H, Fournier JL, Roussel J, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy for a super superobèse patient with situs inversus totalis. *Obes Surg* 2006;16:851-4.
- [20] Almogy G, Crookes PF, Anthonie GJ. Longitudinal gastrectomy as a treatment for high-risk super obèse patient. *Obes Surg* 2004;14:492-7.
- [21] Mognol P, Chosidow D, Marmuse JP. Laparoscopic sleeve gastrectomy as an initial bariatric operation for high-risk patients: initial results in 10 patients. *Obes Surg* 2005;15:1030-3.
- [22] Regan JP, Inabnet WB, Gagner M, Pomp A. Early experience with two-stage laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass as an alternative in the super-super obèse patient. *Obes Surg* 2003;13:861-4

[23] Catheline JM, Cohen R, Khochtali I, Bihan H, Reach G, Benamouzig R, et al. Traitement de la super super obésité morbide par la gastrectomie longitudinal. Presse Med 2006;35 :383-7

[24] Consten JM, Gagner M, Pomp A, Inabert WB. Decreased bleeding after laparoscopic sleeve gastrectomy with or without duodenal switch for morbid obesity using a stapled buttressed absorbable polymer membrane. Obes Surg 2004;14:1360-6.

[25] Wadden ta. the treatment of OBESITY: an overview. in: stunkard aj, wadden ta, eds. obesity: theory and therapy. New-York: Raven Press 1993:197-217.

[26] Van hout GC, van oudheusden I, van heck GL. Psychological profile of morbidly obese. Obes Surg. 2004; 14: 579-88

[27] De Zwaan m, Mitchell je, kowell LM et al. Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery. Compr psychiatry 2003; 44:428-34.

[28] Pi-sunyer FX. The medical risks of obesity. Obes Surg. 2002; 12: 6s-11s

[29] Fabricatore AN, WADDEN TA, sarwer DB et al. health-related quality of life and symptoms of depression in extremely obese persons seeking bariatric surgery. Obes Surg. 2005; 15: 304-9

[30] Gastrointestinal surgery for severe obesity. national institutes of health consensus development conference draft statement. Obes Surg 1991; 1:257-65.

[31] Clinical guidelines on the IDENTIFICATION, EVALUATION, AND treatment of overweight and OBESITY IN adults: the evidence report. U.S. Department of health and human services, national institutes of health and human services, national institutes of health. 1998 NIH publication 98-4083

[32] Cloninger cr. the temperament and character INVENTORY (TCI): a guide to its development and use. St Louis, MO: CENTRE for psychobiology of personality. 1994

[33] Hamilton m. a rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1960; 54:875-6.

[34] Hamilton m. the assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1959; 32: 50-5.

- [35] Beck. manual for revised beck depression inventory. ny. psychological corporation, 1987.
- [36] Cooper pj, TAYLOR mj. the development and validation of the body shape questionnaire. 1987;6: 485-94.
- [37] Berstein dp, FINK l. childhood trauma questionnaire. san antonio, TEXAS. 1998.
- [38] Garner D M. Eating disorder inventory 2 manual. Odessa. Inc 1991.
- [39] Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4TH edn revised. dc: American Psychiatric Association 1994.
- [40] Rosik ch. psychiatric symptoms among prospective bariatric surgery patients: RATES of prevalence and their relation to social desirability, pursuit of surgery and follow-up attendance. *Obes Surg* 2005, 15: 677-683.
- [41] Derogatis lr. scl 90: an outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacol Bull* 1973; 9:13-28.
- [42] Hays rd. the rand-36 item health survey 1.0 1993; 2:217-27.
- [43] Kalarchian, marcus. psychiatric disorders among bariatric surgery candidates. relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry* 2007; 164:328-334
- [44] Van Hout gcm, verschure skm, van heck gl. psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obes Surg* 2005; 15:552-60.
- [45] Hsu lkg, benotti pn, dwyer j et al. nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosom Med* 1998; 60: 338-46.
- [46] Elfhag K-Rosnner S : Who succeed in maintaining weight loss? *Ob. Rev* 2005; 6:67-85
- [47] Sarwer db, cohn ni, gibbons lm et al. psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obes Surg* 2004; 14:1148-56.
- [48] Herpertz s. does obesity surgery improve psychosocial functioning? *Obes Relat Metab Disord* 2003; 27: 1300-1314.

- [49] Zimmerman - Diagnosing personality disorders. A review of research methods. Arch Gen Psychiatry 1994;51:225-45.
- [50] Kolotkin rl. health related quality of life in patients seeking gastric bypass surgery vs non treatment-seeking controls. Obes Surg 2003;13: 371-7
- [51] Horchner r. coping behavior and loneliness among obese patients. Obes Surg 2002; 12: 864-8
- [52] Rand csw.morbid obesity: A comparison between a general population and obesity surgery patients. Int J Obes 1993; 17: 657-61
- [53] Grilo cm.binge eating and self esteem predict body image dissatisfaction among obese men and women seeking bariatric surgery.2005; 37:347-51
- [54] Granaag.personnality profile of the morbidly Obese.J Clin Psychol 1989;
- [55] Callegari a.efficacy of the sf-36 questionnaire in identifying obese patients with psychologic discomfort. Obes Surg.2005; 15: 254-60
- [56] Ray ec,nickels mw,sayed s et al. predicting success after gastric bypass;the role of psychosocial and behavioral factors.surgery 2003;134:555-63.
- [57] Gentry.psychological assessment of morbidly obese patients undergoing gastric bypass: A comparison of preoperative and post operative adjustment. surgery 1984; 95:215-20.
- [58] Walfish s. self-assessed emotional factors contributing to increased weight gain in presurgical bariatric patients. Obes Surg 2004; 14:1402-5.
45:762-5
- [59] Pessina a, andreoli m, vassallo c. adaptability and compliance of the obese patient to restrictive gastric surgery in the short term. Obes Surg 2001; 11:459-63.
- [60] Webb ww.heterogeneity of personality traits in massive obesity and outcome prediction of bariatric surgery. Int J Obes 1990; 14:13-20
- [61] Adami gf. body image in obese patients before and after stable weight reduction following bariatric surgery. Psychom Res.1999; 46:275-81.
- [62] Larsen f.personality changes after gastric banding surgery for morbid obesity. Psychom Res 1989; 33:323-34.

- [63] Van Hout. Psychosocial effects of bariatric Surgery. 2005; 105:40-3;
- [64] National institutes of health consensus development panel:
GASTROINTESTINAL surgery for severe obesity: J Clin Nutr 1992; 55; 615S-619s
- [65] Agnieszka h.dziurowicz-kozlowska, ma .the objective of psychological evaluation in the process of qualifying candidates for bariatric surgery. Obes Surg 2006; 16,196-202.
- [66] Powers ps, ROSEMURGGY a, And BOYD f et al.outcome of gastric restriction procedures: weight, Psychiatric diagnoses, and satisfaction. Obes Surg 1997; 7: 471-7.
- [67] Buchwald h.evolution of operative procedures for the management of morbid obesity.1950-2000.Obes Surg 2002; 12: 705-17.
- [68] Dixon jb.body image: appearance orientation and evaluation in the severely obese. changes with weight loss.Obes Surg 2002; 12:65-71
- [69] Guisado ja, VAZ fj. personality profiles of the morbidly obese after vertical banded gastroplasty.Obes Surg 2003; 13: 394-8.
- [70] Marchesini g. Health related quality of life in obesity: the role of eating behaviour.diabetes nutr metab 2000; 13: 156-64.
- [71] Israel .A.nutritional behavior as a predictor of early success after vertical gastroplasty. Obes Surg 2005; 15:88-9
- [72] Ryden a.health care research unit.sweden.coping and distress: what happens after intervention? a 2-year follow-up the swedish obese subjects study. Psychosom Med.2003 may-jun: 65:435-42
- [73] First mb. SPITZER rl. Structured clinical interview for DSM-IV axis-i disorders-patient. Edition.biometric research department, NY.1995
- [74] Freidman M A. Psychosocial correlate of obesity moving to the next research generation.1995;117:3-20.
- [75] Stake j, LAUER ml. The consequences of being overweight: a controlled study of gender differences. sex roles 1987; 17: 31-47

- [76] Dew M A. Psychiatric disorder in the context of physical illness in adversity, stress, psychopathology; NY Oxford; 1998.
- [77] Grilo cm, Masheb rm. Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106:183-8
- [78] Grilo cm. Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, AND eating related. *Psychopathology Obes Res* 2001; 9; 320-5.
- [79] Volkow nd, Wise ra. How can drug addiction help us understand obesity? *Nat Neurosci* 2005; 8: 555-560.
- [80] Berman wh.. The effect of psychiatric disorders on weight loss in obesity clinic patients. *Behav Med* 1993; 18:167-172
- [81] De Zwaan m. health-related quality of life in morbidly obese patients. *Obes Surg* 2002; 12:773-780.
- [82] Benotti pn. The role of gastric surgery in the MULTIDISCIPLINARY MANAGEMENT of severe obesity. *Am Surg* 1995; 169: 361- 367.
- [83] Bauchowitz au. Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: A survey of present practices. *Psychosom Med* 2005; 67:825-832
- [84] Santry hp. The use of multidisciplinary teams to evaluate bariatric surgery patients. *Obes Surg* 2006; 16; 59-66
- [85] Chiara de Panfilis, md. Utility of the temperament and character Inventory (TCI) in outcome prediction of laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg* 16, 2006.
- [86] Ryden o, Hedenbro jl, Frederiksen sg. Weight loss after vertical banded gastroplasty can be predicted: a prospective psychological study. *Obes Surg* 1996; 6:237-43.
- [87] Rodin J, Elias M et al. Combined behavioral and pharmacologic treatment for obesity ;predictors of successful weight maintenance. *J Clin Psychol* 1998.56:399-404.

- [88] Grilo cm. Psychological and behavioral functioning in adolescent psychiatric in patients who report histories of childhood abuse. Am J Psychiatry 1999; 156:538-43
- [89] Gustafon tb, sarwer db. Childhood sexual abuse and obesity. Obes Rev 2004; 5:129-35.
- [90] Rossner s. obesity: the disease of the twenty first century. Int J Obes 2002; 26:52s-54s
- [91] Mokdad AH serdula MK Dietz WH et al. the spread of the obesity epidemic in the United States 1991-1998. Jama 1999; 282: 1519-22
- [92] Seidell jc. Obesity in Europe. Scaling an epidemic. int j OBEs 1995; 19 (suppl 3): 1s-4s.
- [93] Carlos m. grilo, phd. Relation of childhood sexual abuse and other forms of maltreatment to 12-month postoperative outcomes in extremely obese gastric bypass patients. Obes Surg 2006; 16, 67-74
- [94] Williamson df, thompson tj, anda rf et al. body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. Int J Obes 2002;26:1075-82.
- [95] Lissau i, sorensen tia. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. Lancet 1994; 343:324-7
- [96] Briere j, elliot dm. Prevalence and psychological sequelae of self reported childhood and sexual abuse in a general population SAMPLE. child abuse negl 2003; 27: 1205-22.
- [97] Larsen jk, geenen r. Childhood sexual abuse is not associated with a poor outcome after gastric banding for severe obesity. Obes Surg 2005; 15:534-7
- [98] Gerbrand cm. van hout. Psychosocial functioning following bariatric surgery. Obes Surg.2006.16
- [99] Vanheck G L. Personality and physical health. Eur j personality 1997;11:415 43
- [100] Frigg A. reduction in co-morbidities 4 years after laparoscopic adjustable gastric banding. Obes Surg 2004; 14; 216-23.

[101] Buddeberg-fischer b. Impact of psychosocial stress and symptoms on indication for bariatric surgery and outcome in morbidly obese patients. *Obes Surg* 2004; 14:361-9

[102] Sannen i. causes of dissatisfaction in some patients after adjustable gastric banding. *Obes Surg* 2001; 11:605-8

[103] Shai i henkin y, weitzman set al.determinants of long-term satisfaction after vertical banded gastroplasty. *Obes Surg* 2003; 13: 269-74.

[104] Maddi SR. Reduction in psychopathologic following bariatric. *Obes Surg*.2001;11:680 5

[105] Holzwarth r, HUBER d, majkrzak a et al.outcome of gastric bypass patients. *Obes Surg* 2002; 12:261-4

[106] Saunders R. Grazing a high risk behaviour. *Obes Surg* 2004;14:98-102

[107] Bocchieri - Review of psychosocial out comes of surgery for morbid. *Obes Surg* 2002; 52:155-65

[108] Choban ps. A health statut assessment of the impact of weight loss following gastric bypass for clinivally severe obesity. *coll surg* 1999; 188: 491-7.

[109] Spitzer. Binge eating disorder; *DIS* 1992; 11:191-204

[110] Probst m. further experience with the body attitude test 1997; 2; 100-4

ANNEXE 1 : SCL-90-R

The SCL-90-R in Clinical Application

By Arthur Croft, DC, MS, MPH, FACO

The SCL-90-R is a 90-item self-report system inventory developed in the 1980s by Derogatis and designed to reflect the psychological symptom patterns of community, medical and psychiatric respondents.

In the special application of CAD trauma and its aftermath, the SCL-90-R is particularly useful. It can validate or challenge the veracity of the patient's claims; it can be used to follow the patient's progress; and it can also be used as an outcome variable in clinical research. Because it comes in kit form, a degree in psychology is not a prerequisite for any of these applications. The system has received wide validation over a range of clinical conditions, including CAD.

The SCL-90-R is a simple questionnaire that has recently been validated in a number of CAD-related papers, most notably those of Wallis et al.,¹⁻⁴ who demonstrated a distinct pattern in CAD patients. It's a measure of current, point-in-time, psychological symptoms status that has been used in both the acute CAD injury and late whiplash (i.e., chronic CAD) contexts.¹⁻⁶

For example, Wallis et al.³ administered the McGill Pain Questionnaire, visual analog pain scales (VAS) and the SCL-90-R to a group of visual arts students and to a group of late whiplash patients. The students were instructed to purposely fake the tests, pretending they had whiplash injuries. The students scored strikingly higher on all subscales of the SCL-90-R and on the VAS, but the McGill Pain Questionnaire scales were similar for both groups. In contrast to the students, whose mean scores were well into the diagnostic (i.e., abnormal) categories in all subscales, the CAD patient group consistently scored high only in the somatization, obsessive-compulsive and depression subscales. The authors concluded that it is very difficult to fake the characteristic whiplash SCL-90-R profile.

Therein lies part of their usefulness in medico legal settings. In cases where some degree of malingering is suspected, the SCL-90-R becomes another tool in the analysis of these challenging patients. Moreover, in another study, Wallis ET al.⁴ demonstrated that these scores improve along with somatic symptoms, suggesting a role in the follow-up and assessment of treatment regimes. It would also be a

useful tool in outcomes research because it would allow quantitative (non-parametric) statistical analysis using a well-validated instrument.

Each of the items is rated on a five-point scale of distress (0-4) ranging from "not at all" to "extremely." The nine primary symptom dimensions are labelled as: somatisation (SOM); obsessive-compulsive (O-C); interpersonal sensitivity (I-S); depression (DEP); anxiety (ANX); hostility (HOS); phobic anxiety (PHOB); paranoid ideation (PAR); and psychoticism (PSY). There are three global indices as well: global severity index (GSI); positive symptom distress index (PSDI); and positive symptom total (PST). High test-retest and internal consistency have been demonstrated, and there do not appear to be any problems with the practice effect. The SCL-90-R kit is available from NCS Assessments (800-627-7271, ext. 5151) and comes with rather extensive documentation that explains its derivation, development, validation and application in clinical practice.

The terms somatic, obsessive-compulsive and depression ordinarily conjure up images of psychologically unbalanced or mentally disturbed patients. However, these subscales are derived from questions concerning (among others) these responses: "headaches," "faintness and dizziness," "loss of sexual interest," "feeling easily annoyed or irritated," "crying easily," "pains in the lower back," "having to do things very slowly to insure correctness," "numbness or tingling in parts of your body," "soreness in your muscles," etc. Clearly, we can see how certain of these subscales will tend to be elevated in CAD patients despite the absence of any frank neurotic or psychiatric disorder. Overtly psychiatric or neurotic patients were not seen by Wallis et al.,² who reported that the profiles were more characteristic of chronic pain patients, as we would expect. This would also explain why relief of pain is associated with an improvement in the SCL-90-R profiles: the test measures a consequence of injury and pain and is not an independent measure of personality or psychological distress in the context of these conditions.

The component questions are listed in **Tables 1 through 10**. As you can see, patients with cognitive disorders are particularly likely to have elevated scores. The subject of the cognitive effects of CAD and mild traumatic brain injury (MTBI) has been explored in previous articles.

Table 1: Symptoms of the somatisation dimension.

Item	Symptom
1	Headaches

4	Faintness or dizziness
12	Pains in heart or chest
27	Pains in lower back
40	Nausea or upset stomach
42	Soreness of muscles
48	Trouble getting your breath
49	Hot or cold spells
52	Numbness or tingling in part of the body
53	Lump in your throat
56	Feeling weak in parts of your body
58	Heavy feeling in your arms or legs

Table 2: Symptoms of the obsessive-compulsive dimension

Item	Symptom
3	Repeated unpleasant thoughts
9	Trouble remembering things
10	Worried about sloppiness or carelessness
28	Feeling blocked in getting things done
38	Having to do things very slowly to ensure correctness
45	Having to check and double-check what you do
46	Difficulty making decisions
51	Your mind going blank
65	Having to repeat the same actions, such as touching, counting, washing

Table 3: Symptoms of the interpersonal sensitivity dimension

Item	Symptom
6	Feeling critical of others Feeling uncomfortable about

	eating or drinking in public
21	Feeling shy or uneasy with the opposite sex
34	Your feelings being easily hurt
36	Feeling others do not understand you or are unsympathetic
37	Feeling that people are unfriendly or dislike you
41	Feeling inferior to others
61	Feeling uneasy when people are watching or talking about you
69	Feeling very self-conscious with others
73	Feeling uncomfortable about eating or drinking in public

Table 4: Symptoms of the depression dimension

Item	Symptom
5	Loss of sexual interest or pleasure
14	Feeling low in energy or slowed down
15	Thoughts of ending your life
20	Crying easily
22	Feelings of being trapped or caught
26	Blaming yourself for things
29	Feeling lonely
30	Feeling blue
31	Worrying too much about things
32	Feeling no interest in things
54	Feeling hopeless about the future
71	Feeling everything is an effort
79	Feelings of worthlessness

Table 5: Symptoms of the anxiety dimension

Item	Symptom
2	Nervousness or shaking inside
17	Trembling
23	Suddenly scared for no reason
33	Feeling fearful
39	Heart pounding or racing
57	Feeling tense or keyed up
72	Spells of terror or panic
78	Feeling so restless you couldn't sit still
80	The feeling that something bad is going to happen to you
86	Thoughts or images of a frightening nature

Table 6: Symptoms of the hostility dimension

Item	Symptom
11	Feeling easily annoyed or irritated
24	Temper outbursts that you could not control
63	Having urges to beat, injure or harm someone
67	Having urges to break or smash things
74	Getting into frequent arguments
81	Shouting or throwing things

Table 7: Symptoms of the phobic anxiety dimension

Item	Symptom
3	Feeling afraid in open spaces or on the street
25	Feeling afraid to get out of your house alone
47	Feeling away to travel on buses, subways or trains

50	Having to avoid certain things, places or activities because they frighten you
70	Feeling uneasy in crowds, such as shopping or at a movie
75	Feeling nervous when you are left alone
82	Feeling afraid you will faint in public

Table 8: Symptoms of the paranoid ideation dimension

Item	Symptom
8	Feeling others are to blame for most of your troubles
18	Feeling that most people cannot be trusted
43	Feeling you are watched or talked about by others
68	Having ideas or beliefs that others do not share
76	Others not giving you proper credit for your achievements
83	Feeling that people will take advantage of you if you let them

Table 9: Symptoms of the psychoticism dimension

Item	Symptom
7	The idea that someone else can control your thoughts
16	Hearing voices that other people do not hear
35	Other people being aware of your private thoughts
62	Having thoughts that are not your own
77	Feeling lonely when you are with people
84	Having thoughts about sex that bother you a lot
85	The idea that you should be punished for your sins
87	The idea that something serious is wrong with your body

88	Never feeling close to another person
90	The idea that something is wrong with your mind

Table 10: Additional items

Item	Symptom
9	Poor appetite
44	Trouble falling asleep
59	Thoughts of death or dying
60	Overeating
64	Awakening in the early morning
66	Sleep that is restless or disturbed
89	Feelings of Guilt

Particularly in those cases which have become adversarial, and in which a patient is facing permanently disabling symptoms and the added burden of the relatively hostile environment bristling with intransigent insurance adjustors, defense lawyers, defense IME doctors and unsympathetic friends, coworkers and relatives, it is easy to see how some of these questions might be answered in the affirmative. Clearly, many others are sensitive to the common cognitive and somatic complaints common to CAD patients.

Administration of the SCL-90-R

Normally, the test can be completed in about 10-15 minutes. Scoring is done by simply overlaying a template on the completed test and then scoring on a separate form. The kit includes all forms and materials needed. The questions should be answered in terms of symptoms or feelings "over the last week, including today." Separate forms for adolescent patients are also available.

Scoring the SCL-90-R

Raw scores are calculated by dividing the sum of scores for a dimension by the number of items in the dimension. The global severity index (GSI) is then computed by first summing the scores of the nine dimensions and the additional items, then dividing by the total number of responses (i.e., 90, unless some questions were unanswered). The positive symptom total (PST) is derived by

counting the number of items endorsed with a positive (non-zero) response. The positive symptom distress index (PSDI) is calculated by dividing the sum of all item values by the PST.

Once the raw scores and the three global indices are calculated, they are converted to standard (normalized) T-scores using the norm group appropriate for the patient. In the case of whiplash patients, the norm group would be norm B (adult non-patients): non-patients meaning non-psychiatric patients; members from the normal community. The published norms are provided in documentation provided in the kit and allow the matching of T-scores with percentiles.

ANNEXE 2 : DSM IV

Le **DSM-IV** ((**en**) *Diagnostic and Statistical Manual - Revision 4*) est un outil de classification qui représente le résultat actuel des efforts poursuivis depuis une trentaine d'années aux États-Unis pour définir de plus en plus précisément les troubles mentaux.

Il a été publié par l'Association américaine de psychiatrie en 1994. Il s'agit de la 4^e version du DSM.

Son approche est contestée par les psychiatres et psychologues cliniciens adeptes d'une Psychopathologie raisonnée.

Sommaire

Classification complète

- Axe 1
 - Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence
 - Délirium, démence, trouble amnésique et autres troubles cognitifs
 - Troubles mentaux dus à une affection médicale générale
 - Troubles liés à une substance
 - Schizophrénie et autres troubles psychotiques
 - Troubles de l'humeur
 - Troubles anxieux
 - Troubles somatoforme
 - Troubles factices
 - Troubles dissociatifs
 - Troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle
 - Troubles des conduites alimentaires
 - Troubles du sommeil
 - Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs
 - Troubles de l'adaptation
- Axe 2
 - Troubles de la personnalité
 - Retard mental
- Axe 3
- Axe 4

- Axe 5

Approche adoptée

L'approche adoptée par le DSM-IV vise à éliminer l'interprétation et à éradiquer toute réflexion dans l'établissement du diagnostic. Pour y parvenir, des critères diagnostiques précis ont été définis par L'American psychiatric association et les lobbys pharmaceutiques. On est "invités" à les accepter tels quels. Quatre types de critères sont décrits :

1. les caractéristiques descriptives du symptôme visé
2. sa fréquence ou sa durée
3. l'âge auquel il est apparu
4. des critères d'exclusion basés sur la présence d'autres diagnostics.

Un nombre minimum de symptômes est nécessaire pour qu'un diagnostic soit porté. Pour certains diagnostics (par exemple la dépression), la présence de certains symptômes est obligatoire.

Le DSM-IV comporte cinq axes qui étudient respectivement :

1. **Axe I** : les troubles cliniques
2. **Axe II** : les troubles de la personnalité et le retard mental
3. **Axe III** : affections médicales générales
4. **Axe IV** : troubles psychosociaux et environnementaux
5. **Axe V** : évaluation globale et fonctionnement

Une section est consacrée aux troubles habituellement diagnostiqués pour la première fois pendant la petite enfance, l'enfance ou l'adolescence. Les troubles qui peuvent débiter à tout âge (y compris chez les jeunes) sont décrits dans la section générale.

Le nombre minimum de symptômes par diagnostic, la fréquence et la durée des symptômes sont des données quantitatives. Dans une certaine mesure, elles intègrent au DSM-IV la notion dimensionnelle de déviation par rapport à une norme.

À la différence de la classification dimensionnelle d'Achenbach ou des organisations psychologiques des classifications psychanalytiques, le DSM-IV individualise des entités diagnostiques qui sont fréquemment associées, comme par exemple les troubles anxieux et dépressifs. À cela correspond la notion de concomitance.

Le DSM-IV se veut athéorique, mais son approche est d'une part, biologique et issue du behaviorisme. Comme les versions antérieures du DSM, le DSM-IV est validé par un vote des membres de l'Association américaine de psychiatrie et ne reflète donc que le point de vue majoritaire des membres de cette association.

Classification complète

Axe 1

L'Axe 1 porte sur les troubles cliniques : troubles mentaux, troubles de l'humeur, troubles anxieux, consommation de substances, troubles psychotiques, etc.

Pour chacun des troubles, il y a un ensemble de critères, certains principaux et d'autres secondaires, et une liste de critères de durée.

Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence

- Trouble de l'apprentissage
- Trouble des habiletés motrices
- Trouble de la communication
- Trouble envahissant du développement
 - Autisme
 - Syndrome de Rett
 - Syndrome d'Asperger
 - NS
- Déficit de l'attention et comportement perturbateur
- Trouble de l'alimentation ou trouble des conduites alimentaires de la première ou de la deuxième enfance
- Tics
- Trouble du contrôle sphinctérien
- Autre trouble de la première enfance, de la deuxième enfance ou de l'adolescence

Délirium, démence, trouble amnésique et autres troubles cognitifs

- Délirium
- Démence
- Trouble amnésique
- Autre trouble cognitif

Troubles mentaux dus à une affection médicale générale

Troubles liés à une substance

- Troubles liés à l'alcool
- Troubles liés à l'amphétamine (ou aux amphétaminiques)
- Troubles liés à la caféine
- Troubles liés au cannabis
- Troubles liés à la cocaïne
- Troubles liés aux hallucinogènes
- Troubles liés aux solvants volatils
- Troubles liés à la nicotine
- Troubles liés aux opiacés
- Troubles liés à la phencyclidine (PCP)
- Troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
- Troubles liés à plusieurs substances
- Troubles liés à une substance autre (ou inconnue)

Schizophrénie et autres troubles psychotiques

- Schizophrénie
- Trouble schizophréniforme
- Trouble délirant
- Trouble psychotique bref
- Trouble psychotique partagé
- Trouble psychotique dû à une affection médicale générale
- Trouble psychotique induit par une substance
- Trouble psychotique NS.

Troubles de l'humeur

Trouble dépressif

- Trouble bipolaire

Troubles anxieux

- Trouble panique sans agoraphobie
- Trouble panique avec agoraphobie

- Agoraphobie sans antécédent de trouble panique
- Phobie spécifique
- Phobie sociale
- Trouble obsessionnel compulsif
- Trouble de stress post-traumatique
- Trouble lié à un état de stress aigu
- Trouble de l'anxiété généralisée
- Trouble anxieux dû à une affection médicale générale
- Trouble anxieux induit par une substance
- Trouble anxieux non spécifié

Troubles somatoforme

- Trouble somatoforme
- Trouble somatoforme indifférencié
- Trouble de conversion
- Hypochondrie
- Peur d'une dysmorphie corporelle
- Trouble somatoforme non spécifié

Troubles factices

Troubles dissociatifs

Annésie dissociative

- Fugue dissociative
- Trouble dissociatif de l'identité
- Dépersonnalisation
- Trouble dissociatif non spécifié

Troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle

Dysfonctions sexuelles :

- Trouble du désir sexuel
- Trouble de l'excitation sexuelle
- Trouble de l'orgasme
- Troubles sexuels avec douleur
- Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale
- Paraphilies
 - Exhibitionnisme

- Fétichisme sexuel
- Frotteurisme
- Pédophilie
- Masochisme sexuel
- Sadisme sexuel
- Transvestisme fétichiste
- Voyeurisme
- Paraphrasie non spécifiée
- Trouble de l'identité sexuelle

Troubles des conduites alimentaires

- Anorexie mentale
- Boulimie
- Trouble des conduites alimentaires non spécifié

Troubles du sommeil

- Troubles primaires du sommeil
 - Dyssomnies
 - Parasomnies
- Trouble du sommeil lié à une affection médicale
- Autres troubles du sommeil

Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs

- Pyromanie
- Kleptomanie
- Jeu pathologique

Troubles de l'adaptation

1. Tableau de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, apparaissant dans les 3 mois suivant un (ou plusieurs) facteurs de stress identifiables.
2. Ces symptômes * Altération significative du fonctionnement social, professionnel ou scolaire
3. Les symptômes liés au stress ne peuvent pas être expliqués par un trouble spécifique de l'Axe I ou de l'Axe II ou à l'exacerbation de ces troubles.
4. Les symptômes ne sont pas l'expression d'un deuil
5. Une fois le facteur de stress disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.

Le trouble de l'adaptation peut se présenter avec anxiété, avec humeur dépressive, avec anxiété et humeur dépressive, avec perturbation des conduites, avec perturbation à la fois des conduites et des émotions, ou être non-spécifié.

Dans 2 cas sur 3, le trouble d'adaptation se manifeste suite à l'apparition d'un problème de santé important, comme le cancer ou le diabète. Le reste du temps, le trouble de l'adaptation se présente chez des patients ayant habituellement des antécédents de désordres psychiatriques ou des problèmes relationnels ou financiers récurrents.

Ce trouble touche plus fréquemment les femmes, les personnes vivant seules et les plus jeunes (l'âge moyen se situe entre 20 et 30 ans). Chez les adultes, il se manifeste surtout sous forme d'anxiété et d'altération de l'humeur, tandis qu'il se présente plutôt comme un changement de comportement chez les adolescents.

Il se règle habituellement bien (dans 79% des cas chez les adultes). Le principal traitement offert est la psychothérapie de support, qui permet de revoir avec la personne affectée la signification du facteur de stress et les conséquences qu'il entraîne, pour ensuite lui permettre de mieux s'adapter à la situation. Si la personne atteinte souffre d'insomnie, on peut lui administrer un hypnotique (ex.: zolpidem, 5-10mg au coucher) pendant quelques jours. Si elle souffre d'anxiété, elle peut bénéficier d'un traitement aux benzodiazépines (ex.: lorazepam, 0.5-2 mg deux fois par jour). Si le trouble d'adaptation évolue en trouble dépressif, les antidépresseurs sont alors indiqués.

- Andreasen & Black, *Introductory Textbook of Psychiatry - Fourth Edition*, American Psychiatric Publishing, Inc.
- *Mini DSM-IV, Critères diagnostiques*, Masson

Axe 2

Troubles de la personnalité

- Trouble de la personnalité paranoïaque
- Trouble de la personnalité schizoïde
- Trouble de la personnalité schizothymique
- Trouble de la personnalité borderline
- Trouble de la personnalité histrionique
- Trouble de la personnalité narcissique
- Trouble de la personnalité évitante
- Trouble de la personnalité dépendante
- Trouble de la personnalité obsessionnelle compulsive
- NS

- Trouble de la personnalité antisociale

Retard mental

- Retard mental léger
- Retard mental moyen
- Retard mental grave
- Retard mental profond
- Retard mental, sévérité non spécifiée
- Passive, agressive

Axe 3

Troubles ou affections physiques associées (santé physique)

- Néoplasmes
- Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, et immunitaires
- Maladies du sang et des organes hématopoïétiques
- Maladies du système nerveux et des organes des sens
- Maladies de l'appareil circulatoire
- Maladies de l'appareil respiratoire
- Maladies de l'appareil digestif
- Maladies des organes génito-urinaires
- Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches
- Maladies de la peau et du tissu sous-cutané
- Maladies du système ostéo musculaire et du tissu conjonctif
- Anomalies congénitales
- Pathologies ayant leur origine dans la période périnatale
- Symptômes et états morbides mal définis
- Traumatismes et empoisonnement

Axe 4

Problèmes sociaux et environnementaux : cet axe permet de voir ce qui a pu se passer de grave (facteurs déclenchant, traumatismes, etc.) dans la vie du sujet. Ce peut être par exemple une situation de stress particulière, des difficultés socio-économiques.

- Problèmes en relation avec le groupe de soutien principal
- Problèmes liés à l'environnement social
- Problèmes d'éducation
- Problèmes professionnels
- Problèmes de logement

- Problèmes économiques
- Problèmes d'accès aux services de santé
- Problèmes en relation avec les institutions judiciaires / pénales
- Autres problèmes psychosociaux et environnementaux

Axe 5

L'axe 5 porte sur l'évaluation globale du fonctionnement du sujet, et son adaptation générale. En plus des troubles que présente le sujet, il est important d'avoir une évaluation cognitive de la mémoire et du langage. Par exemple, le spécialiste peut se poser la question : « Comment se passe la vie du patient ? » Ou encore : « Y a-t-il eu des événements similaires dans le passé ? » Son diagnostic tient compte des axes III et IV.

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 – RAND (QUALITE DE VIE)

4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (réponse : oui ou non à chaque ligne)

	oui	non
Limitier le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?		
Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?		
Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort		

5.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (réponse : oui ou non à chaque ligne).

	oui	non
Limitier le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous n'espérez ?		
Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?		

6.- Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?

. Pas du tout . Très peu . Assez fortement . Enormément

7.- Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?

. Pas du tout . Très peu . Assez fortement . Enormément

8.- Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

. Pas du tout . Très peu . Assez fortement . Enormément

9.- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

. Tout le temps . Très souvent . Parfois . Peu souvent . Jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

. Tout le temps . Très souvent . Parfois . Peu souvent . Jamais

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

. Tout le temps . Très souvent . Parfois . Peu souvent . Jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

. Tout le temps . Très souvent . Parfois . Peu souvent . Jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

. Tout le temps . Très souvent . Parfois . Peu souvent . Jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

. Tout le temps . Très souvent . Parfois . Peu souvent . Jamais

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 – RAND (QUALITE DE VIE)

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

Tout le temps Très souvent Parfois Peu souvent Jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

Tout le temps Très souvent Parfois Peu souvent Jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

Tout le temps Très souvent Parfois Peu souvent Jamais

10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?

Tout le temps Très souvent Parfois Peu souvent Jamais

11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

Tout à fait vrai Assez vrai Ne sais pas Plutôt faux Faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

Tout à fait vrai Assez vrai Ne sais pas Plutôt faux Faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

Tout à fait vrai Assez vrai Ne sais pas Plutôt faux Faux

d. mon état de santé est excellent.

Tout à fait vrai Assez vrai Ne sais pas Plutôt faux Faux

Docteur Guy Gozlan

Expert près la Cour d'Appel de Paris
Psychiatre

DATE: 07.12.07

CONSULTATION PSYCHIATRIQUE AVANT GASTROPLASTIE

ADRESSE: 3, allée A. Modini. 95200 Sarcelles.

☑ Domicile: 034456263 ☑ Travail: ☒ Portable:

Date de naissance: 14/4/53 Lieu de naissance: Kinshasa. Age: 54 ans.

Profession: Agent d'exploitation Niveau scolaire:

Fratrie Rang: 4^{ème}
2 sœurs, 2 frères

SITUATION DE FAMILLE:

Marié(e) Divorcé(e)
 Célibataire Séparé(e)
 Vit maritalement depuis le:

Conjoint: [REDACTED]
Age: 44 ans Profession: Agent de Garage
Enfant(s): oui non
nombre: surpoids:

SITUATION SOCIALE:

Suivi social : oui non
Surendettement : oui non
CML : oui non

Docteur Guy GOZLAN
5, rue de Bondy 93600 Aulnay-sous-Bois

POIDS ET TAILLE :

P. 135 kg T. 182 cm

poids mes. 135 date 7/05/7
 Poids en la mort : 80 date 1992

Age de la prise de poids : 44 ans

Événement(s) déclencheur(s) : ϕ

SPORTS :

ϕ

Surpoids familial :

Agée

surpoids

- Père
- Mère
- Frères(s)
- Sœurs(s)



ANTECEDENTS MÉDICAUX

oui

non

TSH

normale

non contrôlée

HYPOTHYRÉ

oui
 non

non
 non traité

DIABÈTE

oui
 non

oui
 non

EMPHYSÈME

oui
 non

oui
 non

ATA
Lipolipol

Docteur Guy GIGLIAN
3, rue de Bondy 93000 Aubray-sous-Bois

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

Médecin traitant: D. Jovic

Date: Mercredi, 20/04/05

Médecin spécialiste: _____

Profession: _____

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

oui

non

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

oui

non

TS

- Suivi psychiatrique

- Anxiété

- Dépression

Anxiété

Boulimie

Anamnèse évènementielle

TRAUMES

Bilés

non faits

Scars: _____

1. Hospitalisations

TRAITEMENTS PSYCHOTROPES

oui

non

Anticholinergiques

date: _____

Antidépresseurs

date: _____

Anxiété

date: _____

L'ALIMENTATION :

- mange occasionnellement les fast-foods
- mange trop lors des repas
- mange entre les repas
- grignotage
- goût pour le sucré
- sel
- les 2
- crises de faim
- usage de laxatifs
- vomissements

CONSUMATION DE :

- Boissons gazeuses
- Cerveza
- Café
- Thé
- Alcool
- Tabac
- THC
- Marijuana
- Glucos
- Ecstasy
- Autres

parfois Alcool
nicotine
(pour l'humeur, etc.)

RÉGIME :

oui non

- 1 à 3
- 3 à 10
- Plus de 10

Date du régime le plus long :

Régime actuel

Durée :

Part de poids :

Motivations pour maigrir :

oui non

Cours d'amaigrissement :

oui non

Docteur Guy DIEZAN
1, rue de Brandy 91500 Athis-Mors

LA POSE DE L'ANNEAU :

Etape personnelle de la dilution de la pose de poids : *Conseil de Médecin généraliste*
Ecole des régimes - Réhabilitation - Hospitalité

Votre surveillance/poids est-elle soignée ? oui non
Savoir d'abord ? oui non

Date de réflexion avant la dilution de faire poser un anneau gastrique : *2 jours*

Quelle personne portera d'un anneau gastrique :

- Famille (parents)
- Ami
- Conseiller
- Collègue

Connaissance des techniques de l'anneau gastrique :

oui non

Niveau de motivation par rapport à la pose de l'anneau :

- très motivé(e)
- motivé(e) mais se pose encore certaines questions
- peu motivé(e) car se pose encore beaucoup de questions
- attend d'être convaincu(e)

Information sur la pose de l'anneau :

correcte insuffisante

Pose de l'anneau réalisée le : *14/11/08*

Informé(e) sur les risques de complications caractéristiques de l'anneau après la pose de l'anneau gastrique ? *Oui*

Docteur *DR* **COZLAK**
3, rue de Boudy 91000 Aubry-ville-Franç

PERSONNALITE :

	OUI	NON
Trouble de la personnalité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Syndrome dépressif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
TSC	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PTSD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Autisme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
TdD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Troubles psychotiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pathologie sociale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Antécédents de tentatives de suicide après le crime:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> rapproché		
<input type="checkbox"/> à distance		

Pas de forme

Absence de contact - indication à la page d'un examen générique

Fait le :

Dr. MICHEL



Dr. Guy COLLIEN
2, rue de la Paix 69002 Lyon - France

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leur raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.