



*Université Lille 2*  
*Droit et Santé*

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Suicidalité au décours d'une chirurgie bariatrique :  
enjeux et perspectives**

Présentée et soutenue publiquement le 6 juillet 2017 à 18H00  
au Pôle Formation  
**Par Aurélie Durand**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Monsieur le Professeur Robert CAIAZZO**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Jean-Paul DURAND**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Liste des abréviations

AUC	Area Under Curve (aire sous la courbe)
AG	Anneau Gastrique
BAROS	Bariatric Analysis and Reporting Outcome System
BE	Binge Eating
BED	Binge Eating Disorder
BMI	Body Mass Index (IMC)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et -statistique des troubles mentaux)
HAS	Haute Autorité en Santé
EDM	Episode Dépressif Majeur
FA	Food Addiction
IMC	Indice de Masse Corporelle
LSG	Laparoscopic Sleeve Gastrectomy
NES	Night Eating Syndrome
OMC	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odd Ratio
PEP	Pourcentage d'Excès de Poids
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder (état de stress post traumatique)
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RHD	Règles Hygiéno-Diététiques
RR	Risque Relatif
RYGB	Roux en Y Gastric Bypass
SG	Sleeve Gastrectomie
SNC	Système Nerveux Central
TA	Tentative d'autolyse
TCA	Trouble du comportement alimentaire
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale

## Table des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>14</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>15</b>
<b>I. La Chirurgie Bariatrique.....</b>	<b>17</b>
<b>A. Les indications et les buts.....</b>	<b>17</b>
1.Obésité, obésité sévère, obésité morbide.....	17
2.Indications de la chirurgie bariatrique .....	18
3.Buts .....	19
<b>B. Les différentes techniques chirurgicales .....</b>	<b>19</b>
1.Techniques restrictives « pures » .....	19
a.L’anneau gastrique ajustable .....	19
b.La gastrectomie longitudinale ou gastrectomie en manchon .....	20
c.La gastroplastie verticale calibrée .....	21
2.Techniques mixtes restrictives et malabsorptives .....	22
a.La dérivation gastrique Roux-en-Y ou court circuit gastrique .....	22
b.La dérivation biliopancréatique avec déplacement du duodenum .....	23
3.Choix de la technique .....	23
<b>C. Synthèse des recommandations.....</b>	<b>24</b>
1.Parcours du patient et information.....	24
2.Préparation à l’intervention.....	25
3.Contre indications psychiatriques.....	25
4.Suivi post-opératoire .....	30

<b>II. L'état psychique des candidats.....</b>	<b>33</b>
<b>A. Prévalence des troubles psychiatriques .....</b>	<b>33</b>
<b>1.Prévalence par troubles: .....</b>	<b>33</b>
a.Troubles de l'axe I .....	35
b.Troubles de l'axe II .....	37
c.Troubles de l'axe IV .....	38
<b>2.Prévalence des antécédents ou équivalents suicidaires et autres facteurs en pré-opératoire.....</b>	<b>38</b>
a.Idéations suicidaires .....	38
b.Antécédents de tentative d'autolyse .....	39
<b>B. Hypothèses .....</b>	<b>40</b>
<b>1.Obésité à l'origine d'une souffrance psychique et de troubles psychiatriques.....</b>	<b>40</b>
a.Obésité et épisode dépressif majeur .....	40
b.Obésité et suicide.....	43
c.L'impact de la stigmatisation .....	44
<b>2.Pathologies psychiatriques à l'origine de l'obésité .....</b>	<b>46</b>
<b>III. La suicidalité élevée en post-opératoire.....</b>	<b>50</b>
<b>A. Prévalence des tentatives d'autolyse et des décès par suicide.....</b>	<b>50</b>
1.Une surmortalité par suicide.....	50
2.Une augmentation des tentatives d'autolyse en post-opératoire .....	53
<b>B. Etat des lieux de la santé mentale après une chirurgie bariatrique .....</b>	<b>54</b>
<b>1.Influence de la chirurgie bariatrique sur les troubles psychiatriques pré-existants.....</b>	<b>55</b>
a.Troubles de l'humeur .....	55
b.Troubles anxieux.....	57
c.Troubles du comportement alimentaire .....	57
<b>2.Incidence des troubles addictologiques .....</b>	<b>58</b>
<b>C. Impact sur l'estime de soi.....</b>	<b>61</b>

<b>D. Impact sur la qualité de vie .....</b>	<b>62</b>
<b>E. Suicidalité en post-opératoire : hypothèses .....</b>	<b>64</b>
<b>1.Attentes magiques et variations pondérales .....</b>	<b>64</b>
a.Liées à la perte de poids massive ou moindre perte de poids .....	64
b.Liées à la reprise de poids.....	67
<b>2.Hypothèses neurobiologiques et pharmacologiques .....</b>	<b>68</b>
a.Alcool.....	68
b.Médicaments.....	69
c.Peptides gastro-intestinaux et hormones de régulation de la prise alimentaire.....	71
d.Autres facteurs biologiques .....	74
<b>3.Hypothèse psychanalytique .....</b>	<b>74</b>
<b>4.Dimensions imaginaire, réelle, symbolique .....</b>	<b>76</b>
<b>5.Incidence relationnelle.....</b>	<b>79</b>
<b>IV. L'évaluation psychiatrique pré-opératoire .....</b>	<b>81</b>
<b>A. Indication d'une évaluation psychologique et psychiatrique en amont et rôle du psychiatre .....</b>	<b>81</b>
<b>B. Réévaluation et précision des contre-indications psychiatriques .....</b>	<b>83</b>
<b>C. Les échelles d'évaluation : un outil complémentaire .....</b>	<b>85</b>
<b>V. La prévention du risque suicidaire en post-opératoire .....</b>	<b>87</b>
<b>A. Améliorer l'évaluation psychiatrique pré chirurgicale .....</b>	<b>87</b>
<b>1.Plus d'homogénéité dans les pratiques : associer questionnaires et entretien clinique .....</b>	<b>87</b>
a.Questionnaires.....	87
b.L'entretien clinique.....	89
c.Intérêt d'une formation des praticiens spécifique .....	91
<b>2.Identifier et rechercher les éléments de vulnérabilité.....</b>	<b>92</b>
a.En pré-opératoire.....	92
b.En post-opératoire.....	92

---

c.En péri-opératoire.....	93
3.Préciser les contre-indications .....	94
B. Place d'une prise en charge psychiatrique ou psychologique en pré-opératoire .....	95
C. Imposer un suivi pluridisciplinaire post-opératoire obligatoire y compris psychologique : rôle du secteur psychiatrique .....	96
1.Pour qui ? .....	96
2.Par qui ?.....	97
3.Quand ?.....	97
4.Quoi ?.....	98
5.Comment ? .....	98
D. Rôle de l'éducation thérapeutique en pré et post-opératoire .....	99
E. Pistes de réflexion.....	101
1.Partenariat chirurgie/psychiatrie/médecin traitant pour diminuer le risque de perdus de vue.....	101
2.Groupes de parole.....	102
3.Réapprendre à s'alimenter : l'apport de la pleine conscience .....	102
4.Rééducation par la psychomotricité.....	103
5.Modifications corporelles et estime de soi : place de la chirurgie reconstructrice .....	104
<b>Conclusion.....</b>	<b>105</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>107</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>116</b>

## RESUME

**Contexte** : La chirurgie bariatrique constitue le traitement de choix de l'obésité morbide. Si elle permet une réduction de la morbi-mortalité, elle n'est pas sans conséquence sur le plan psychique. Quelques études attestent d'une surmortalité par suicide chez les sujets opérés dans les années post-opératoires.

**Méthode** : Par une revue de littérature, nous nous sommes proposés d'évaluer l'état des lieux de santé mentale en post-opératoire, en particulier la prévalence du suicide et équivalents suicidaires et dans un second temps les enjeux psychiques et les moyens de prévention du risque suicidaire en pré et en post-opératoire.

**Résultats** : Peu d'études ciblant la mortalité par suicide chez les sujets opérés d'une intervention bariatrique ont été publiées. Les résultats de ces travaux démontrent majoritairement un risque suicidaire augmenté en post-opératoire par rapport à la population générale. Les hypothèses présentées remettent en question le cadre de l'avis psychiatrique pré-opératoire et la nécessité d'une précision des contre-indications, ainsi que la préparation comme le suivi post-opératoire en tant qu'étapes majeures de prévention. L'impact psychique d'une chirurgie bariatrique est d'autant plus important que ces patients présentent en amont une estime de soi et une image corporelle fragiles. Chaque variation de poids implique au-delà du remodelage physique, des remaniements psychiques par lesquels les fragilités peuvent se révéler sous la forme d'idée ou de geste suicidaire.

**Conclusion** : Il semble exister une majoration du risque suicidaire dans les années suivant une intervention bariatrique. Ces patients nécessitent une évaluation et un accompagnement pluridisciplinaires à vie afin de prévenir un risque suicidaire en post-opératoire.



## INTRODUCTION

L'obésité est un problème majeur de santé publique à tel point qu'on parle de « globésité » pour en illustrer l'épidémie mondiale. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'obésité touchait en 2014 plus de 600 millions de personnes soit 13% de la population adulte mondiale avec une prédominance féminine (11% des hommes et 15% des femmes).

En France, l'enquête épidémiologique nationale Obépi (1) recensait en 2012 : 32,3% de la population en surpoids, 15% en obésité et 550 110 français en obésité morbide soit 1.2% des plus de 18 ans. La prévalence de l'obésité progresse dans les deux sexes, bien qu'elle soit représentée par une majorité de femmes. Elle augmente avec l'âge, comme le tour de taille, et apparaît inversement proportionnelle au niveau de revenus.

Aux Etats-Unis en 2009-2010, l'obésité concernait 35.5% des hommes et 35.8% des femmes (2) tandis que la prévalence de l'obésité morbide était estimée à 6.4% des adultes en 2015 (3).

La maladie de l'obésité raccourcit l'espérance de vie de 5 à 20 ans (4). En particulier, l'obésité morbide, définie par un IMC supérieur ou égal à 40kg/m<sup>2</sup>, est associée à une mortalité élevée secondaire à la prévalence des maladies cardiovasculaires et de certains cancers.

L'unique traitement reste la perte de poids. C'est dans ce contexte qu'est née la chirurgie de l'obésité, appelée chirurgie bariatrique (composé du grec βάρως baros « poids » et ἰατρός, iatros « médecin »). Cette discipline est actuellement reconnue comme le traitement le plus efficace de l'obésité morbide. En effet, elle est recommandée et validée dans cette indication car elle permet une perte de poids efficace à long terme et une réduction de la morbi-mortalité.

Aux Etats-Unis la chirurgie bariatrique continue de progresser avec 196000 interventions en 2015 soit une augmentation de 24 % par rapport à 2011. Toutefois, il apparait que le recours au traitement chirurgical soit sous utilisé car il ne concernerait qu'une faible proportion des patients de classe III autour d'1% (3).

En France, cette spécialité s'est rapidement développée. En effet le nombre d'interventions, qui s'élevait à 50084 en 2013, augmente plus vite que la prévalence de l'obésité (5).

Si elle permet une amélioration des comorbidités médicales telles que le diabète, l'hypertension artérielle et la maladie coronarienne, cette chirurgie intervenant sur un organe sain n'est pas sans conséquence sur le plan psychique. On observe en effet un taux élevé de suicides chez les sujets opérés de chirurgie bariatrique, chiffres qui restent inexpliqués par l'Evidence Based Medecine.

Ainsi, bien qu'une grande partie des candidats y réunisse tous leurs espoirs, il semble que les résultats de ce type d'intervention ne soit pas toujours à la hauteur des bénéfices escomptés et que l'évolution post-opératoire se complique en particulier sur le plan psychique.

Nous nous sommes donc intéressés à l'état des lieux de santé mentale en post-opératoire avant de recentrer nos recherches sur le suicide au travers d'une revue de littérature. Compte tenu du faible nombre d'études ciblées sur la mortalité par suicide de cette population, nous avons orienté notre travail sur les enjeux et hypothèses d'un probable sur-risque suicidaire ainsi que des pistes de réflexion pour la prévention de ce risque en pré et en post-opératoire.

La population concernée exclue les adolescents et les sujets âgés de plus de 60 ans. Les indications de ce type d'intervention sont peu consensuelles et chez le sujet âgé dépendent de la balance bénéfices risques.

Dans ce travail, nous trouverons la notion de « suicidalité », traduit de l'anglais « suicidality » dépourvu de correspondance propre dans la langue française mais équivalent de « risque suicidaire ».

# I. LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

## A. LES INDICATIONS ET LES BUTS

### 1. Obésité, obésité sévère, obésité morbide

L'obésité est un excès de masse grasse, définie selon l'OMS par l'indice de masse corporelle (IMC), obtenu par le rapport du poids sur la taille au carré, supérieur ou égal à 30 kg/m<sup>2</sup> (6). Son étiologie est complexe, résultat d'une interaction entre des facteurs génétiques, environnementaux, sociétaux, culturels, psychosociaux et comportementaux.

L'OMS identifie plusieurs degrés d'obésité chez l'adulte (cf tableau 1) :

<b>Classification</b>	<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>
<b>Normal</b>	18.5–24.9
<b>Surpoids</b>	25–29.9
<b>Obésité de classe I = obésité modérée</b>	30–34.9
<b>Obésité de classe II = obésité sévère</b>	35–39.9
<b>Obésité de classe III = obésité morbide</b>	40 ou plus

*Tableau 1. Classification OMS des indices de masse corporelle*

Dans la littérature, on peut trouver le terme de « super-obésité » correspondant à un IMC supérieur ou égal à 50 kg/m<sup>2</sup> voire « super-super obésité » au-delà de 60 kg/m<sup>2</sup>, terme non défini par l'OMS.

La qualification de « morbidité » de l'obésité renvoie à une augmentation statistiquement significative des risques de morbi-mortalité. En effet, l'impact de l'excès de poids sur l'ensemble des organes aboutit à une altération considérable de la qualité de vie et à un plus grand risque de décès précoce d'origine cardiovasculaire ou cancéreuse.

On définit par ailleurs l'obésité abdominale par le degré d'adiposité localisé au niveau de l'abdomen. Elle est évoquée pour un tour de taille supérieur à 90 cm chez la femme et à

100 cm chez l'homme. Elle s'associe à des complications cardiovasculaires et métaboliques.

L'American Society for Bariatric Surgery (ASBS) (7) définit d'autres termes :

- le poids idéal : émis à partir de la taille, du sexe et de l'ossature,
- l'excès de poids est la différence entre le poids mesuré et le poids idéal,
- le pourcentage du poids idéal est le pourcentage de poids au-dessus du poids idéal  $((\text{poids})/\text{poids idéal}) \times 100$ ).

## 2. Indications de la chirurgie bariatrique

L'unique traitement de l'obésité réside dans la perte de poids. Un régime alimentaire bien conduit, suivi par le médecin traitant conjointement à un suivi diététique éventuel pourra dans certains cas être suffisant. Cependant, aujourd'hui, seule la chirurgie bariatrique est reconnue comme le traitement efficace et durable de l'obésité morbide.

En France, elle s'adresse (6):

- aux patients atteints d'obésité morbide (classe III)
- et aux patients atteints d'obésité sévère (classe II) en association à des comorbidités susceptibles d'être améliorées par la chirurgie, qu'elles soient métaboliques (diabète type 2, dyslipidémie), cardiovasculaires (coronaropathie, hypertension artérielle, dyslipidémies), respiratoires (syndrome d'apnée du sommeil), digestives (reflux gastro-oesophagien, lithiase biliaire), ostéo-articulaires sévères.

Elle est proposée dans certaines conditions :

- en deuxième intention, après échec d'un traitement «médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique », bien conduit pendant 6 mois à 1 an (5). Celui-ci consiste en un régime alimentaire combiné à une activité physique adaptée et régulière. Le traitement chirurgical intervient ainsi lorsque les modifications de l'hygiène de vie ne permettent pas une perte de poids durable et suffisante (car modérée).
- chez un patient ayant reçu une information claire loyale appropriée,
- et accepté un suivi médico chirurgical à long terme,
- avec un risque opératoire acceptable.

En Angleterre, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (8) considère l'intervention chirurgicale comme un traitement de première intention pour les sujets ayant un IMC supérieur ou égal à 50 kg/m<sup>2</sup> sans notion de résistance au traitement médical..

### **3. Buts**

L'objectif principal est une perte de poids efficace et durable participant à une réduction de l'incidence des pathologies cardio-respiratoires et surtout une diminution de la mortalité cardiovasculaire et par cancer. L'objectif à terme est une amélioration de la qualité de vie physique, sociale et psychologique.

La perte de l'excès de poids conduit de plus à une atténuation des douleurs articulaires améliorant la mobilité. Elle contribue ainsi à une amélioration de la qualité de vie, de l'estime de soi, de l'image corporelle, des relations interpersonnelles et peut faciliter la reprise d'une activité professionnelle. Il s'agit du traitement de choix de l'obésité morbide.

Selon les recommandations européennes de 2007 (9), la chirurgie bariatrique participerait même à améliorer les troubles psychologiques secondaires à l'obésité.

## **B. LES DIFFERENTES TECHNIQUES CHIRURGICALES**

La technique de bypass jéjuno-iléal a été la première procédure mise au point entre la fin des années 1960 et le début des années 1970.(10) Cette technique malabsorptive pure n'est plus pratiquée de nos jours.

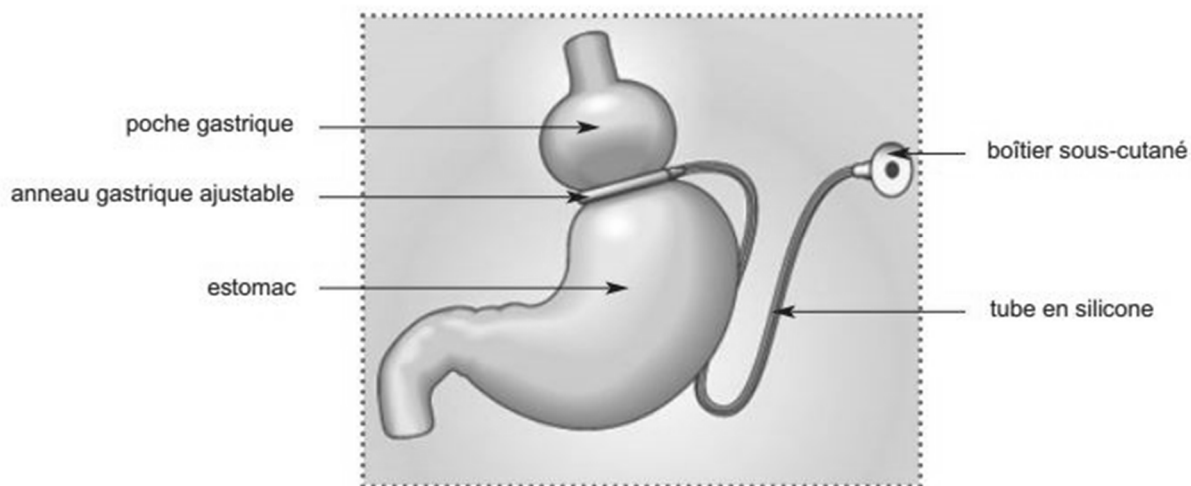
La qualification de « bariatrique » apparaît à partir des années 1970-1980. Aujourd'hui trois types d'interventions sont décrites : restrictives, malabsorptives ou la combinaison des deux (6,11). Les deux voies d'abord possibles sont par coelioscopie ou laparotomie.

### **1. Techniques restrictives « pures »**

Les procédures qualifiées de « restrictives » visent à réduire la capacité de l'estomac entraînant une réduction des apports alimentaires.

#### **a. L'anneau gastrique ajustable (laparoscopic adjustable gastric banding)**

Il s'agit d'une technique conservatrice, adaptable et réversible. Elle accomplit une diminution du volume gastrique ralentissant le passage du bol alimentaire sans en perturber la digestion.



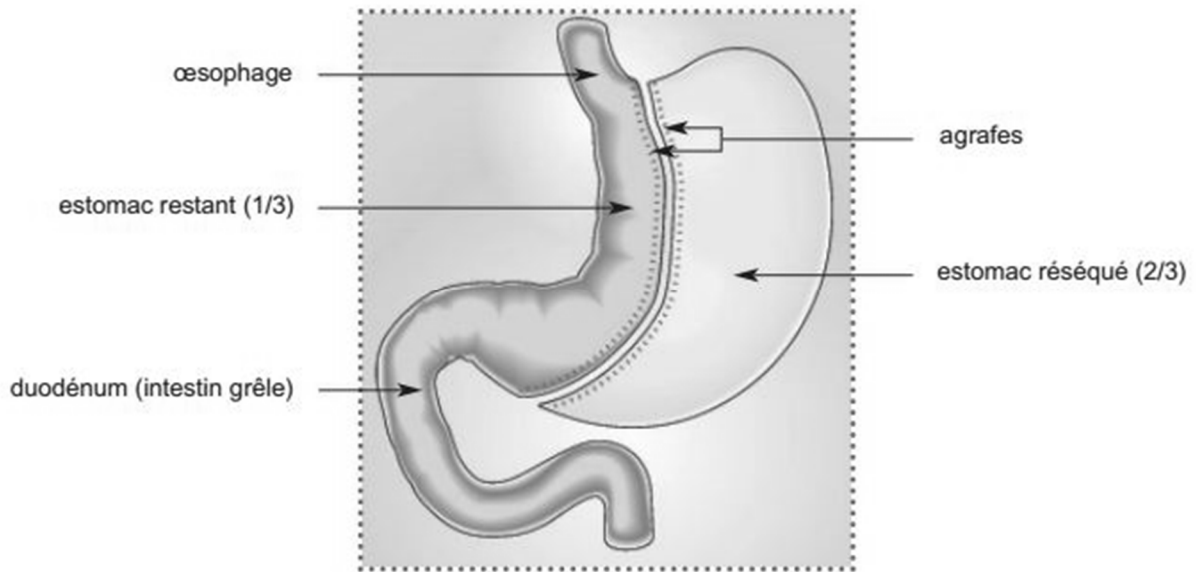
*Figure 1. Technique de l'anneau gastrique ajustable, Prise en charge chirurgicale de l'obésité chez l'adulte : les différentes techniques, Brochure d'information pour les patients, HAS 2009 (6)*

Le chirurgien met en place un anneau en silicone autour de la partie proximale de l'estomac créant une poche gastrique d'environ 20cc. Le volume gastrique ainsi réduit aboutit à une apparition plus rapide de la sensation de satiété.

L'anneau est relié par un cathéter à une chambre implantable, fixée à la paroi abdominale en sous cutané, et qui permet d'ajuster le diamètre de l'anneau par l'injection d'une solution saline (avec contrôle radiographique). L'anneau est adaptable : plus il est serré, plus le réflexe de satiété est précoce et durable en ralentissant d'autant plus le transit.

b. La gastrectomie longitudinale ou gastrectomie en manchon (sleeve gastrectomie)

Elle procède à une réduction de la capacité gastrique d'environ 75% incluant la partie du fundus contenant les cellules sécrétant la ghréline (hormone orexigène).



*Figure 2. Technique de la gastrectomie longitudinale, Prise en charge chirurgicale de l'obésité chez l'adulte : les différentes techniques, Brochure d'information pour les patients, HAS 2009 (6)*

L'estomac est réduit à un manchon vertical par résection de la grande courbure. Ceci permet l'accélération du passage du bol alimentaire dans l'intestin, sans en perturber la digestion et donc la diminution de l'appétit. Cette procédure peut constituer la première étape d'une dérivation biliopancréatique.

c. La gastroplastie verticale calibrée (vertical banded gastroplasty)



*Figure 3. Technique de la gastroplastie verticale calibrée, Prise en charge chirurgicale de l'obésité chez l'adulte : les différentes techniques, Document d'information pour le médecin traitant, HAS 2009 (6)*

Cette technique crée une poche gastrique par une ligne d'agrafes au niveau proximal et calibrée au niveau distal par une bandelette non ajustable.

Elle serait davantage proposée aux patients ayant un IMC très élevé (au-delà de 60 kg/m<sup>2</sup>) et aux patients présentant une tendance à l'hyperphagie.

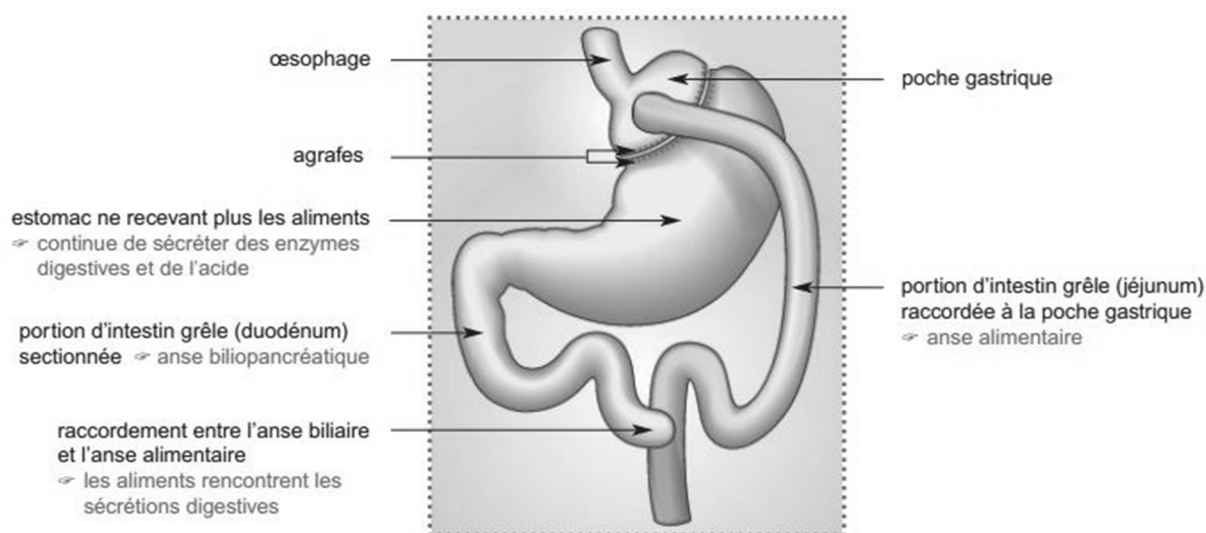
Elle est de moins en moins pratiquée du fait du risque de reperméabilisation de la partie agrafée conduisant à une reprise pondérale et un retour des comportements hyperphages.

## 2. Techniques mixtes restrictives et malabsorptives

Les techniques associant restriction et malabsorption sont la dérivation gastrique Roux-en-Y (RYGB) et la dérivation biliopancréatique avec déplacement du duodénum.

### a. La dérivation gastrique Roux-en-Y ou court circuit gastrique (bypass gastrique)

Le bypass gastrique consiste en l'interruption de la continuité digestive : l'estomac est réduit à une petite poche, reliée à une section de l'intestin grêle de manière à court circuiter l'autre partie de l'estomac et de l'intestin grêle en amont.



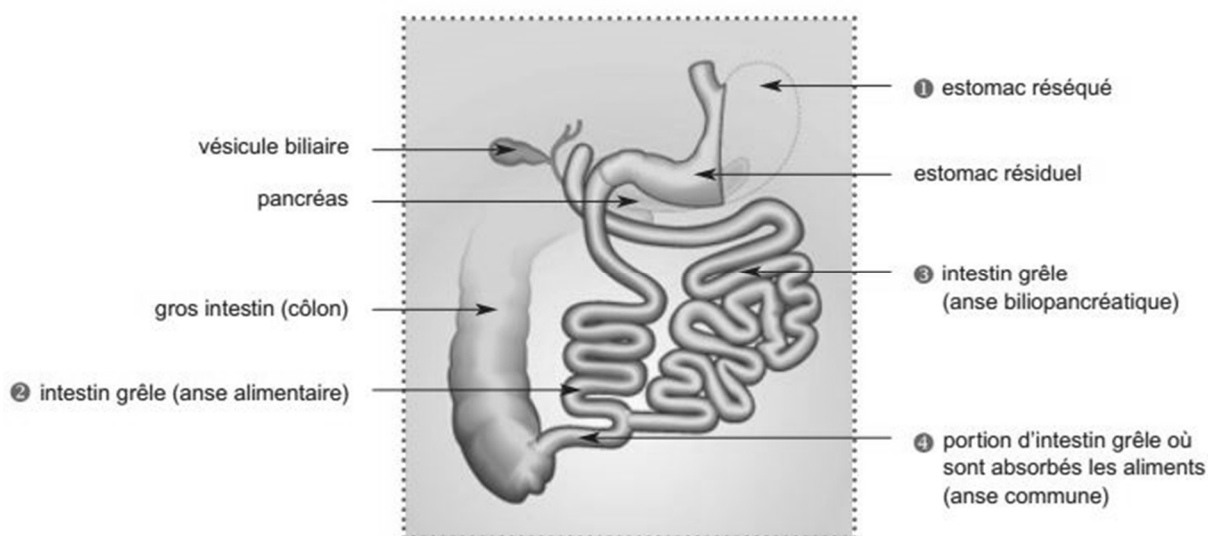
**Figure 4.** Technique du bypass gastrique, Prise en charge chirurgicale de l'obésité chez l'adulte : les différentes techniques, Brochure d'information pour les patients, HAS 2009 (6)



Cette procédure permet de réduire le bol alimentaire et diminue l'assimilation des aliments ingérés car ils s'évacuent directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle.

#### b. La dérivation biliopancréatique avec déplacement du duodenum

Elle crée un manchon gastrique relié à la partie finale de l'intestin grêle. Elle permet tout comme le bypass la réduction des ingesta et la diminution de l'assimilation des aliments ingérés.



*Figure 5. Technique de la dérivation biliopancréatique, Prise en charge chirurgicale de l'obésité chez l'adulte : les différentes techniques, Brochure d'information pour les patients, HAS 2009 (6)*

Le volume de l'estomac est réduit par gastrectomie et l'intestin grêle est divisé en deux parties : une anse alimentaire et une anse biliopancréatique.

L'estomac résiduel est relié à l'anse alimentaire permettant le passage des aliments jusqu'au côlon. Tandis que l'anse biliopancréatique véhicule les sucs digestifs jusqu'à la portion finale de l'intestin grêle de manière à réduire la digestion et l'absorption du bol alimentaire et favoriser sa vidange directement dans le côlon.

### 3. Choix de la technique

Les techniques dites restrictives sont des réalisations rapides et efficaces en termes de perte de poids à court terme (moins à long terme). En revanche, les techniques dites combinantes aboutissent à de meilleurs résultats de perte pondérale à long terme avec des

restrictions alimentaires moindres. Cependant les risques de complications péri et post-opératoires demeurent importants, notamment au niveau métabolique et nécessitant une vitaminothérapie à vie ainsi qu'une supplémentation en fer, calcium, vitamine D et B12.

Aux Etats-Unis, la sleeve gastrectomie demeure la technique la plus pratiquée, devant le bypass gastrique et l'anneau (procédure progressivement délaissée) (3).

En France, le choix du type d'intervention en première intention n'est guidé par aucune recommandation, et les indications de réintervention par aucun consensus. Ainsi, le choix de la procédure prend en compte :

-d'une part pour le patient : l'âge, les antécédents, le degré d'obésité, les comorbidités associées (en particulier le diabète de type 2 et les troubles du comportement alimentaire) et le traitement médicamenteux,

-d'autre part pour l'équipe : l'expérience et l'environnement technique, en privilégiant la voie laparoscopique(6).

## **C. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS**

L'HAS (5) recommande une prise en charge globale pluridisciplinaire à long terme de l'obésité et de ses complications, que le traitement soit médical ou chirurgical, toujours en collaboration avec le médecin traitant et éventuellement les associations de patients.

### **1. Parcours du patient et information**

Le parcours du patient candidat à la chirurgie bariatrique tel que recommandé par l'HAS s'intègre dans un projet personnalisé de soins et comporte plusieurs étapes(6) entre la pose de l'indication de chirurgie, l'évaluation pluridisciplinaire et enfin la réunion de concertation pluridisciplinaire entre chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, diététiciens et spécialistes de l'obésité (nutritionnistes, endocrinologues ou internistes), psychiatres ou psychologues. (cf Annexe 1). Le bilan complémentaire réalisé au cours de l'évaluation pluridisciplinaire a une visée double : évaluative pour l'équipe (balance bénéfices/risques) et réflexive pour le patient.

Une fois l'indication validée, les membres de l'équipe pluridisciplinaire doivent délivrer une information claire loyale et appropriée, sur l'obésité, ses risques et moyens de prises en charge.(cf Annexe 2). La date de l'opération est ensuite programmée en fonction de la

situation de vie du patient, au moment le plus opportun c'est-à-dire lorsque la situation sociale, familiale et professionnelle apparaît la plus stable possible, à distance d'événements de vie négatifs ou « perturbateurs ».

## **2. Préparation à l'intervention**

Toute chirurgie requiert une préparation aux plans psychologique, nutritionnel et physique (6). La société américaine de chirurgie métabolique et bariatrique (12) préconise une préparation des patients au travers d'un programme d'éducation appelé « enseignement actif avec objectifs éducatifs » : il s'agit d'appréhender les modifications de l'alimentation, et les modifications comportementales et dans un second temps d'évaluer ces apprentissages.

Les recommandations de bonnes pratiques publiées par l'HAS en 2009 (6) et s'intégrant dans le programme national nutrition santé rapportaient l'absence de suivi des recommandations par une partie des équipes, tant au niveau des indications (IMC inférieur) que du bilan pluridisciplinaire pré-opératoire.

## **3. Contre indications psychiatriques**

Toute acte chirurgical implique des conditions pour lesquelles l'intervention se révèle inappropriée et/ou à risques. Les contre-indications à la chirurgie bariatrique incluent les contre-indications habituelles à l'anesthésie ainsi que des conditions plus spécifiques, notamment d'ordre psychiatrique. Les contre indications psychiatriques sont-elles véritablement identifiées par les sociétés savantes ? En quoi un trouble psychiatrique constitue une contre-indication ? Dépend-il du traitement, du stade évolutif, des antécédents récents d'hospitalisation ?

Les recommandations nationales émises par l'HAS en 2009 (6) à partir d'une revue de la littérature et des recommandations internationales proposent les contre-indications suivantes :

- « -les troubles cognitifs ou mentaux sévères
- les troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire
- l'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé
- la dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives licites et illicites
- l'absence de prise en charge médicale préalable identifiée

- les maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme
- les contre-indications à l'anesthésie générale

Certaines de ces contre-indications peuvent être temporaires. L'indication de la chirurgie doit pouvoir être réévaluée après la prise en charge et la correction de ces contre-indications ».

La sévérité des troubles cognitifs et des troubles mentaux n'est pas nécessairement explicitée. Concernant les troubles cognitifs, elle peut au minimum s'appréhender par la capacité ou non à comprendre et à consentir aux soins, comme l'estime une association française de formation médicale continue en hépato-gastro-entérologie (13) pour laquelle les troubles qui limitent les capacités du patient à comprendre le procédé chirurgical et à participer à un suivi médical prolongé justifient d'une contre-indication à l'intervention.

Concernant les troubles psychiatriques, l'ensemble des guidelines ne stipule pas de notion de durée de stabilisation ni de stade évolutif. Leur sévérité pourrait être liée à l'intensité et à la stabilité des symptômes, au nombre, à la fréquence et à la durée des hospitalisations, aux thérapeutiques médicamenteuses (nombre, molécule, posologie, durée de traitement), ou bien à la qualité de l'observance. L'ensemble des guidelines ne stipule pas de notion de durée de stabilisation ni de stade évolutif.

Cependant, d'après la synthèse des données de la littérature et des recommandations internationales, les troubles mentaux qualifiés de « sévères » correspondent aux troubles psychotiques non stabilisés et aux dépressions sévères, équivalent de l'épisode dépressif caractérisé, défini par la cinquième version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V) (14), associées ou non à un antécédent de tentative de suicide.

Or beaucoup d'études relèvent un antécédent suicidaire parmi les patients opérés, suggérant qu'il s'agisse d'une contre-indication temporaire c'est-à-dire que l'intervention est différée une fois l'humeur stabilisée et à distance du geste suicidaire. A nouveau, se posent plusieurs questions : quelles sont les caractéristiques à prendre en compte ? A partir de quels critères et quelle temporalité considère-t-on un antécédent autolytique comme une contre-indication : cela dépend-il du type de geste, de l'aspect scénarisé ou programmé ? Existe-t-il un délai minimal à respecter entre le geste et la demande d'intervention bariatrique ?

Par ailleurs, les contre-indications sont rarement qualifiées de relatives ou d'absolues. La distinction par une équipe suisse (15) entre les états psychotiques florides et les dépendances à une substance psychoactive comme contre-indications absolues s'opposant à la maladie mentale non stabilisée et aux troubles sévères du comportement alimentaire comme contre-indications relatives questionne. Dans tous les cas, absolue ou relative, la contre indication fait l'objet d'une prise en charge spécifique.

A propos des troubles du comportement alimentaire (TCA), les recommandations internationales identifient comme troubles sévères la boulimie et l'hyperphagie maligne du syndrome de Prader Willi, du fait de résultats pondéraux peu satisfaisants et de la fréquence des complications. Mais ni la boulimie ni l'alimentation émotionnelle ni le syndrome de fringale nocturne (Night Eating Syndrome<sup>1</sup>) ne constituent des contre-indications. Pourtant, ils nécessitent une évaluation standardisée associant un questionnaire (Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)) et un entretien clinique ainsi qu'une prise en charge adaptée.

Concernant la boulimie plus particulièrement, les recommandations internationales comme les données de la littérature identifient la boulimie comme un TCA sévère mais pas comme une contre-indication (résultats actuels de la science insuffisants). D'autre part, l'HAS positionne les TCA sévères comme une contre-indication, recommandations étant rédigées à partir des recommandations internationales et des données de la littérature....

Enfin, l'analyse de la littérature par l'HAS (6) aboutit à la distinction entre troubles « impulsifs » et troubles « sévères ». Les premiers, caractérisés par une impulsivité alimentaire sous jacente ne constitueraient pas une contre-indication absolue puisque l'impulsivité serait atténuée par la chirurgie, tandis que les seconds dits « sévères » regroupent la boulimie et ceux « liés à des situations psychopathologiques non stabilisées ».

Or la présence d'un Binge Eating (BE) en pré-opératoire et son évolution en post-opératoire remettent en question cette hypothèse. Les données de la littérature supposent d'une part, qu'un Binge Eating en pré-opératoire est corrélé à une réapparition ou persistance du Binge Eating en post-opératoire et d'autre part, à des résultats pondéraux moins performants, notamment à long terme.

---

<sup>1</sup> Le Night Eating Syndrome ou syndrome du mangeur nocturne associe une consommation alimentaire impulsive lors des réveils nocturnes, l'absence d'appétit le matin ainsi que des troubles du sommeil (6).

Finalement, les contre-indications psychiatriques d'après les données de la littérature pourraient se résumer ci-dessous :

- les troubles cognitifs sévères, qui relèvent d'une contre-indication absolue (*association européenne de chirurgie endoscopique 2005 (6)*)
- les troubles mentaux sévères
  - sans précision (*association française de formation médicale continue en hépato gastro entérologie 2010 (13), guidelines australiens 2012 (16), association américaine des endocrinologues et la société américaine de chirurgie métabolique et bariatrique 2013 (12),*
  - pouvant relever d'une contre-indication absolue (*équipe suisse 2008 (15)*)
  - ou contre-indiqué en cas de non réponse au traitement (*association européenne de chirurgie endoscopique 2005 (6)*)
  - non stabilisés :
    - trouble psychotique
      - non stabilisé (*association nutrition obésité 2005\*(6), recommandations européennes 2013 (4)*)
      - non ou insuffisamment traité (*société américaine de chirurgie bariatrique 2005(6) )*)
      - décompensé (*Fédération internationale pour la chirurgie de l'obésité (IFSO) et l'Association européenne pour l'étude de l'obésité (EASO) 2014 (17,18)*)
      - «état psychotique floride » (*équipe suisse 2008 (15)*)  
*pouvant relever d'une contre-indication absolue,*
    - la dépression sévère (*société américaine de chirurgie bariatrique 2005 (6), recommandations européennes 2013 (4)*),
    - une propension au suicide (*association nutrition obésité 2005 (6)*),
    - les troubles de la personnalité (*recommandations européennes 2013 (4), Fédération internationale pour la chirurgie de l'obésité (IFSO) et l'Association européenne pour l'étude de l'obésité (EASO) 2014 (17,18)*).
- les TCA sévères
  - sans précision (*équipe suisse 2008 (15)*), *recommandations européennes 2013 (4), Fédération internationale pour la chirurgie de*

*l'obésité (IFSO) et l'Association européenne pour l'étude de l'obésité (EASO) 2014 (17,18))*

- ou précisés :
  - *boulimie (société américaine de Chirurgie bariatrique 2005 (6), association nutrition obésité 2005 (6), association américaine des endocrinologues et la société américaine de chirurgie métabolique et bariatrique 2013 (12))*
  - *hyperphagie maligne (association européenne de chirurgie endoscopique 2005 (6)) : contre indication absolue (6)*
- Dépendance aux substances
  - *Alcool, drogues, substances psychoactives, médicaments (tous : recommandations européennes 2013 (4) , équipe suisse 2008 (15), association française de formation médicale continue en hépato gastro entérologie 2010 (13), association américaine des endocrinologues et la société américaine de chirurgie métabolique et bariatrique 2013 (12), Fédération internationale pour la chirurgie de l'obésité (IFSO) et l'Association européenne pour l'étude de l'obésité (EASO) (17,18))*
  - *Pouvant relever d'une CI absolue (guidelines australiens 2012 (16)).*

Les psychiatres restent toutefois très vigilants vis à vis des patients présentant un trouble psychiatrique non équilibré tel que les troubles de la personnalité, les épisodes dépressifs caractérisés, les tentatives de suicide, les abus de substances. (Fédération internationale pour la chirurgie de l'obésité (IFSO) et Association européenne pour l'étude de l'obésité (EASO) 2014 (17,18)).

La nécessité que le trouble psychiatrique soit stabilisé avant d'entreprendre un projet de chirurgie apparait évidente mais sur quels critères le définit-on ?

La société américaine de chirurgie bariatrique en 2004 (19) propose un délai d'au moins 6 mois consécutifs, de stabilité à fois de la symptomatologie psychopathologique et des traitements afin de protéger le patient de l'impact de l'intervention sur une éventuelle exacerbation des symptômes.

Finalement, les entités diagnostiques présentées contre-indiquent rarement de manière définitive la chirurgie bariatrique.

Certains guidelines jugent qu'au-delà de la liste des contre-indications, les critères d'exclusion restent à l'appréciation finale de l'évaluateur.

La Fédération Internationale pour la Chirurgie de l'Obésité (IFSO) et l'Association Européenne pour l'Etude de l'Obésité (EASO) (17,18) comme les recommandations européennes 2013 (4).estiment qu'un psychiatre expérimenté peut tout à fait en juger différemment et lever ladite contre-indication:«sauf avis différent spécifiquement donné par un psychiatre ayant expérience dans le domaine de l'obésité» (4).

Ceci laisse une grande part à l'interprétation des textes et démontre l'absence de contre-indications psychiatriques absolues et unanimement validées.

Certains, comme Bobbioni-Harsch et al. (17), s'opposent d'ailleurs à ce type de critères et estiment qu'on ne saurait définir de contre-indication psychiatrique scientifiquement établie devant l'absence de preuve scientifique d'un quelconque impact négatif sur la perte de poids en post-opératoire.

La contre-indication protège t'elle le trouble psychiatrique ou la chirurgie ?

En ce qui concerne la chirurgie, aucun lien n'a été mis en évidence entre la présence d'un trouble psychiatrique pré-opératoire et la perte de poids selon Powers et al (20). Néanmoins, pouvons-nous nous fier uniquement aux résultats pondéraux pour identifier une telle contre-indication ?

#### **4. Suivi post-opératoire**

Les recommandations françaises et internationales préconisent un suivi post-opératoire à vie. Le patient s'inscrit ainsi dans un suivi au très long cours dont il doit comprendre l'intérêt et adhérer :

« Le suivi et la prise en charge du patient après chirurgie bariatrique doivent s'intégrer dans le cadre du programme personnalisé mis en place dès la phase pré-opératoire.

Il est assuré par l'équipe pluridisciplinaire qui a posé l'indication opératoire, en liaison avec le médecin traitant.



Ce suivi doit être assuré la vie durant, l'obésité étant une maladie chronique et en raison du risque de complications tardives (chirurgicales ou nutritionnelles dont certaines peuvent conduire à des atteintes neurologiques graves).

Le patient doit être informé des conséquences potentiellement graves de l'absence de suivi. »

Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte, Haute Autorité de Santé, Janvier 2009 (6)

Ce suivi figure à la fois dans les indications et dans les contre indications. Il est exposé aux patients comme impératif, et son adhésion est indispensable dans la décision de chirurgie, et inversement l'absence de compliance la contre indique. L'équipe doit s'assurer de la bonne compréhension par le patient de tout l'intérêt de ce suivi.

Il doit être programmé en amont de l'intervention. La fréquence et la durée sont définies pour la première année post-opératoire : « Les patients devraient être vus au moins 4 fois la première année ». Puis les modalités deviennent plus souples, à l'appréciation des équipes : « puis au minimum 1 ou 2 fois par an après. La fréquence des visites devrait être adaptée à la procédure et au patient ».

Ce suivi médical vise en premier lieu le dépistage des complications : nutritionnelles, chirurgicales (consultation si douleurs, vomissements, dysphagie), psychiques. Il intègre ainsi pour tous les patients, la surveillance du poids, des comorbidités, de la qualité de vie ainsi qu'un suivi chirurgical et éducatif. Un bilan nutritionnel pourra permettre d'évaluer la qualité de l'alimentation et dépister une dénutrition ou d'éventuelles carences à compléter le cas échéant.

En revanche, l'indication d'un suivi psychiatrique et psychologique n'est pas systématique. Il n'est recommandé qu'aux patients ayant présenté ou présentant une pathologie psychiatrique ou un trouble du comportement alimentaire, sinon il est simplement proposé. Les objectifs définis sont :

- d'évaluer le retentissement psychologique, social et familial de l'intervention et de la perte de poids ;
- d'identifier d'éventuelles difficultés à mettre en œuvre les changements comportementaux nécessaires et d'aider le patient à surmonter ces difficultés ;

- -d'accompagner le patient dans les réaménagements psychiques liés à la chirurgie et à la perte de poids (modification de l'image du corps, etc.) et si besoin de proposer une prise en charge adaptée.

Aux Etats-Unis, l'association américaine des endocrinologues et la société américaine de chirurgie métabolique et bariatrique (12) laissent également aux équipes le choix de la nature et de la fréquence du suivi, la surveillance devant être adaptée à la procédure chirurgicale et la sévérité des comorbidités (ajustement de la taille de l'anneau, suivi nutritionnel pour optimiser la perte de poids..).

Elle suggère toutefois qu'il cible l'évolution pondérale (reprise ou échec à la perte de poids) et l'adhésion aux modifications des habitudes alimentaires. L'aspect psychologique est abordé, portant sur l'évolution des troubles du comportement alimentaire et le dépistage des complications psychologiques et médicochirurgicales. Il sera l'occasion de proposer la participation à des groupes de soutien.

## **II. L'ETAT PSYCHIQUE DES CANDIDATS**

### **A. PREVALENCE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES**

Une prévalence élevée de troubles psychiatriques est retrouvée chez les sujets candidats à la chirurgie de l'obésité, en dépit de l'hétérogénéité des méthodes d'évaluation. La grande majorité des études menées auprès de cette population particulière explore les principaux diagnostics de santé mentale référencés dans le DSM, mais également, dans une moindre mesure, les antécédents suicidaires.

En effet, la méta-analyse réalisée par Dawes et al. à partir d'études menées entre 1988 et 2015 (21) révèle une exploration récurrente des troubles de l'humeur et de l'hyperphagie boulimique tandis que suicidalité, psychose et troubles de la personnalité restent moins étudiés avec le risque d'une sous estimation de ces troubles.

#### **1. Prévalence par troubles:**

Le tableau 2 ci-dessous indique les résultats des prévalences estimées, vie entière et au moment de l'évaluation psychiatrique/psychologique, selon deux types d'études : une méta-analyse (21) et une évaluation par des entretiens cliniques structurés (22).

Entité diagnostique	Méta-analyse (21)		Entretiens cliniques structurés (22)	
	Nombre d'études	Prévalence estimée vie entière en % (IC 95%)	Prévalence vie entière en %	Prévalence au moment de l'évaluation en %
<b>Trouble de l'humeur</b>	10	23 (15-31)	20-50	10-30
<b>Dépression</b>	34	19 (14-25)		
<b>Idées suicidaires/ Suicidalité</b>	6	9 (5-13)		
<b>Troubles du comportement alimentaire</b>			10-50	10-35
<b>Binge Eating Disorder</b>	25	17 (13-21)		
<b>Troubles anxieux</b>	22	12 (6-20)	10-40	5-15
<b>Etat de stress post-traumatique</b>	10	1 (1-2)		
<b>Trouble de personnalité</b>	6	7 (1-16)	20-30	20-30
<b>Addiction aux substances psychoactives*</b>			0.5-35	0.5-2
<b>Abus de substances</b>	19	3 (1-4)		
<b>Psychose</b>	6	1 (0-1)		

*Tableau 2. Prévalences des troubles de la santé mentale parmi les patients candidats à la chirurgie bariatrique, issu des travaux de Dawes et al., 2016 (21) et Malik et al, 2014. (22)*

*IC 95 : Intervalle de confiance à 95%*

L'état psychique de ces patients serait représenté par une prévalence vie entière d'au moins un trouble psychiatrique entre 40 et 70% (22), voire 80% (23) selon une étude menée par entretien clinique structuré (Structured Clinical Interview (SCID-I) pour DSM IV), où dominant les troubles de l'humeur, les troubles du comportement alimentaire, les troubles anxieux ainsi que les troubles de personnalité. Entre 20 et 50% des patients présenteraient au moins un trouble psychiatrique (comorbide) lors de l'évaluation pré-opératoire (22).

Du fait de la variabilité des résultats selon la méthodologie des études, les estimations seront présentées pour chaque pathologie sous la forme d'un intervalle de intégrant les prévalences minimales et maximales retrouvées.

### a. Troubles de l'axe I

Au moins un antécédent de trouble psychiatrique de l'axe I est identifié chez deux tiers des candidats et un trouble de l'axe I comorbide chez 38% d'entre eux lors de l'évaluation pré-opératoire (24), selon un entretien clinique structuré adapté au DSM IV (SCID pour DSM IV), où dominant les troubles de l'humeur, les troubles du comportement alimentaire et les troubles anxieux.

Les troubles de l'humeur sont repérés entre 10 et 30% (22) voire 56% (17,25) au moment de l'évaluation pré-opératoire. Ces patients seraient en effet plus susceptibles de souffrir de dépression en pré-opératoire par rapport à la population générale (*ratio du taux d'incidence* = 2,41 (2,25, 2,58)) (26), avec une intensité plus sévère chez les sujets d'âge jeune, de sexe féminin, en présence d'un antécédent de BED sévère et une faible qualité de vie (27).

5 à 20% (21,28) souffrent d'un trouble anxieux : phobie sociale, état de stress post-traumatique (entre 1 et 2 %) et trouble panique étant les plus fréquents (28).

Les troubles du comportement alimentaire (10 à 35% (28)) sont représentés majoritairement par le Binge Eating Disorder mais incluent également : l'alimentation émotionnelle, le « sweet eating », le Night Eating Syndrome (syndrome du mangeur nocturne) et l'hyperphagie prandiale.

La variabilité de la prévalence du BED de 13 à 21% (21), 25% (29) jusqu'à 50% (30) reflète celle des méthodes d'évaluation et des définitions. De la quatrième (31) à la cinquième (14) version du DSM, le BED a été extrait des TCA non spécifiés, les « EDNOS » (Eating Disorder Not Otherwise Specified) et la fréquence a été majorée (de deux épisodes par semaine pendant au moins 6 mois à 1 fois par semaine pendant 3 mois). Ces modifications tendent à augmenter la susceptibilité des études à diagnostiquer ce trouble et peut expliquer la variabilité – et l'élévation- des prévalences publiées. (cf. Annexe 2 et 3)

Le BED (comme la boulimie) est fondé sur une compulsion alimentaire. Celle-ci se définit par une perte de contrôle et une impulsivité dans la consommation soudaine d'un aliment particulier (et notablement apprécié) en quantité variable. Elle fait suite à une envie de manger. Le but consiste à obtenir une sensation de plaisir, qui une fois atteinte, laisse fréquemment la place à un sentiment de culpabilité. La compulsion alimentaire agit comme un élément entretenant, parfois fondateur des problématiques de poids, comme le

grignotage, (répétition d'une consommation de petites quantités d'aliments sans nécessaire faim, survenant à des moments précis de la journée ou non, avec une visée très souvent anxiolytique), car ils surviennent en l'absence de sensation de faim.

Tandis que l'hyperphagie boulimique (extra-prandiale) serait associée au sexe féminin l'hyperphagie prandiale, caractérisée par une tachyphagie, une impulsivité des prises alimentaires associée ou non à un appétit exacerbé et une satiété retardée ou absente (6), serait associée au sexe masculin, selon les résultats d'une étude française de 2013 (32).

Les candidats à la chirurgie bariatrique présentent par ailleurs d'autres troubles des conduites alimentaires très fréquents, dépourvus de critères diagnostiques définis par le DSM. Par exemple, l'alimentation émotionnelle traduit un mode alimentaire très influencé par les émotions, et le « sweet eating » (« sweet eaters ») lorsque l'alimentation est dominée par une consommation de sucres en excès (12).

Au sein des troubles alimentaires non spécifiés, figure également le Night Eating Syndrome (NES). Sa prévalence serait en augmentation (27) au sein des candidats à la chirurgie de l'obésité. Le chiffre de 40% (27) requiert une grande précaution compte tenu de la méthode diagnostique employée. En l'absence de définition par le DSM, le diagnostic peut s'établir soit à partir d'un nombre minimum de symptômes parmi une liste, soit en présence de 4 symptômes (anorexie matinale, hyperphagie vespérale, réveils nocturnes, et alimentation pendant les phases de réveil nocturne).

Toutefois, sans diagnostiquer nécessairement un trouble du comportement alimentaire « constitué », l'extrême fréquence d'une alimentation où coexistent une perte de contrôle et une compliance insuffisante aux règles hygiéno-diététiques explique la fréquente inefficacité du traitement médical "conservateur" de l'obésité morbide.

Enfin, sur le plan addictologique, 1 à 4% (21) des patients présentent un abus et 0.5 à 35% (28) une addiction aux substances. Cette grande variabilité provient d'une probable "sous-déclaration" des candidats de leurs consommations craignant de se voir refuser l'opération. (28)

Les troubles addictifs ne concerneraient qu'une partie des candidats, avec une incidence supérieure chez les femmes par rapport à la population générale, selon une étude suédoise (26) qui constatait :

- chez les femmes un taux d'incidence élevée d'abus de substances (ratio du taux d'incidence 2 23 (1 90, 2 61) et d'alcool (ratio du taux d'incidence = 1 39 (1 20, 1 61),
- tandis que les hommes présentaient un taux d'incidence plus faible (ratio du taux d'incidence alcool= 0 70 (0 57, 0 85) et substances= 0 98 (0 74, 1 28 )).

Les abus identifiés concernaient essentiellement l'alcool tandis que la consommation de tabac était moins fréquente que dans la population générale (28).

Cette distinction selon les sexes doit être mise en lien avec l'extrême prépondérance des femmes dans chacune des cohortes permettant de mieux mettre en évidence une susceptibilité addictive.

#### b. Troubles de l'axe II

On décèle chez 20 (33) à 32% (34) des patients candidats un diagnostic ou plus de trouble de l'axe II (selon SCDI-II) où prédomine le trouble borderline (24) et surtout le cluster C incluant les personnalités évitante, dépendante, et obsessionnelle-compulsive (33).

Le tableau 3 liste les prévalences estimées pour chaque type de personnalité (24):

Trouble de personnalité		%
<b>Cluster A</b>	Paranoïde	5.6
	Schizoïde	2.1
	Schizotypique	0.4
<b>Cluster B</b>	Antisocial	2.8
	Borderline	4.9
	Histrionique	0
	Narcissique	0.7
<b>Cluster C</b>	Évitante	17.0
	Dépendante	1.7
	Obsessionnelle-compulsive	7.6
<b>Total</b>		28.5

*Tableau 3. Prévalence des troubles de personnalité parmi les candidats à la chirurgie bariatrique, issu des travaux de Kalarchian et al, 2007.(24)*

### c. Troubles de l'axe IV

66% (34) des patients révélaient un antécédent de maltraitance pendant l'enfance dont les plus fréquents étaient les abus émotionnels, physiques et sexuels (pour lesquels la prévalence rapportée s'élevait à 21.8%) (35).

## 2. Prévalence des antécédents ou équivalents suicidaires et autres facteurs en pré-opératoire

Peu d'études explorant la prévalence des antécédents suicidaires en pré-opératoire ont été menées. La recherche de ce type d'antécédents repose généralement sur la passation d'auto-questionnaires et/ou d'un entretien semi-structuré.

Par exemple, le Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ) repère la suicidalité actuelle et ancienne.(36) La version courte comporte la question centrale « avez-vous déjà pensé ou tenté de vous suicider dans votre vie ? ». La réponse est cotée en 7 points, de 0 = « Non » à 6 = « J'ai tenté de me suicider et je pense que je souhaitais vraiment mourir ». Un score haut correspond à une suicidalité "sévère".

Un autre questionnaire, le Self Harm Inventory (SHI), explore en 22 items par des réponses binaires (oui/non) les antécédents de comportements auto-agressifs ou ceux en lien avec des difficultés à contrôler ses émotions.(37)

Il apparaît moins spécifique car il ne permet pas d'étudier la visée autolytique de ces comportements mais uniquement l'aspect volontaire, c'est-à-dire intentionnellement dirigé contre soi (un score supérieur ou égal à 5 évoque un trouble de la personnalité type borderline).

### a. Idéations suicidaires

Une étude menée chez 396 patients candidats à la chirurgie bariatrique constatait lors de l'évaluation pré-opératoire (36) 30% d'antécédents d'idéations suicidaires, dont 11% d'idées suicidaires qualifiées de « sévères », c'est-à-dire pour lesquelles le patient a verbalisé une certaine intentionnalité, et 7.5% d'idées suicidaires scénarisées.

La prévalence d'antécédents d'idées suicidaires en pré-opératoire tombe à 9% (IC 95% [9-13]) selon une méta-analyse de 2016 (21) explorant une population plus large (total de 3518 patients et de 6 études).



Toutefois l'interprétation de ces pourcentages est soumise à l'hypothèse d'une possible sous estimation, les candidats craignant d'essuyer un refus d'intervention.

#### b. Antécédents de tentative d'autolyse

Les pourcentages d'antécédent de tentative d'autolyse (TA) varient autant que la manière de recueillir les données.

Avec les questionnaires, ils oscillent entre 5.55% avec le SBQ (36) et 9.1% avec le SHI (37) sans que le score total ne soit corrélé à l'IMC. Cette différence s'explique par une moindre spécificité du SHI par rapport au SBQ car il dépiste de manière plus large les comportements autoagressifs.

Néanmoins, une étude rétrospective utilisant un entretien semi-structuré a mis en évidence une prévalence plus élevée encore : 11.2% d'au moins un antécédent de tentative de suicide soit une prévalence 73 fois plus élevée que celle de la population générale (38).

Ces patients, comparativement à ceux sans antécédent de TA, étaient significativement plus jeunes (42.9 ans +/-11), avaient un IMC pré-opératoire plus élevé (52.3 kg/m<sup>2</sup> +/-11.6) ainsi qu'un niveau d'éducation inférieur (13.4 +/-2.4 années d'étude). La majorité d'entre eux était représentée par des femmes, célibataires et percevant une indemnité d'invalidité.

L'étude conclue à une corrélation significative positive entre la présence d'un antécédent de TA et un antécédent d'ordre psychiatrique incluant: antécédent d'hospitalisation en psychiatrie, suivi psychiatrique ambulatoire, traitement psychotrope, antécédent d'abus sexuel ou d'abus de substance (38). Sans considérer ces éléments comme facteurs potentiellement favorisant du risque suicidaire, ils doivent être dépistés en tant que fragilités et surveillés.

Une étude plus récente (2016) observe que les candidats à la chirurgie bariatrique auraient deux fois plus de risque de faire des tentatives de suicide (*ratio du taux d'incidence = 2 00 (IC 95% [1 84, 2 16])*) en pré-opératoire par rapport à la population générale.(26).

En dépit d'une faiblesse des données disponibles, ces quelques résultats évoquent une certaine fragilité de ces patients sur le plan suicidaire. Il est étonnant de concevoir une telle hétérogénéité des méthodologies. Les auto-questionnaires, bien que dans un intérêt

de fiabilité et de reproductibilité, ne peuvent suffire à explorer l'histoire suicidaire complexe de nos patients.

## **B. HYPOTHESES**

La fréquence des comorbidités psychiatriques au sein des candidats à la chirurgie bariatrique interroge sur les liens entre poids et santé mentale. Alors qu'un IMC élevé n'est pas relié à la présence de trouble de l'axe II.(24) il existerait une corrélation significative entre l'obésité morbide et la présence d'un trouble de l'axe I actuel ou ancien (24).

### **1. Obésité à l'origine d'une souffrance psychique et de troubles psychiatriques**

L'obésité est identifiée par l'OMS comme une maladie au regard des conséquences physiques, psychologiques et sociales, et surtout comme une maladie chronique.

L'obésité joue en effet un rôle majeur dans le développement de maladies cardiovasculaires telles que le diabète ou l'hypertension artérielle. La fragilité de la santé physique qui en découle peut déclencher ou entretenir des fragilités psychiques : comme toute maladie chronique, elle est associée à un risque élevé de dépression.

#### **a. Obésité et épisode dépressif majeur**

Les données de la littérature (29) soutiennent ce lien en suggérant une association entre un IMC élevé et un haut risque de dépression.

Carpenter et al (2000) (39) ont représenté l'association significative qui existe entre IMC et épisode dépressif majeur (selon la définition du DSM IV) par une courbe en « U » : dans laquelle un IMC bas comme un IMC élevé sont corrélés à une probabilité élevée d'un épisode dépressif majeur dans l'année écoulée

D'autre part, cette corrélation s'observe autant lorsqu'on considère l'IMC comme une variable continue que par comparaison à un IMC normal, et diffère selon le sexe (cf. tableau 4 ci-dessous) :

		<b>EDM l'année passée</b>
<b>+10 points d'IMC</b>	Hommes	0.55 (0.48-0.63)
	Femmes	1.22 (1.06-1.40)
<b>Obésité vs poids dans les normes</b>	Hommes	0.63 (0.60-0.67)
	Femmes	1.37 (1.09-1.73)

*Tableau 4. Comparaison des Odds Ratio (OR) avec intervalle de confiance à 95% (IC) pour l'épisode dépressif majeur issu des travaux de Carpenter et al., 2000 (39)*

Ainsi une augmentation de 10 points d'IMC entraînait :

- chez les femmes une augmentation significative du risque d'EDM l'année passée de 22%
- chez les hommes une réduction du risque d'EDM l'année passée de 45%.

Et par comparaison à des sujets avec un IMC « normal » :

- aucune différence significative dans les antécédents d'EDM n'a été mise en évidence
- tandis que l'analyse selon le sexe révélait : chez les femmes une augmentation du risque d'EDM de 37%, lorsque ce risque apparaissait moindre chez les hommes.

Onyike et al. (2003) (40) corroborent le lien entre IMC et EDM (selon le Diagnostic Interview Schedule et le DSM III).

Le tableau 5 dépeint la comparaison des prévalences d'antécédent de dépression à plusieurs moments (le mois dernier, l'année dernière, vie entière et dépression récurrente) pour chaque classe d'obésité par rapport à un IMC normal, chez des sujets âgés entre 15 et 37 ans :

Classes d'obésité	Dépression le mois dernier		Dépression l'année dernière		Antécédent de dépression vie entière		Dépression récurrente	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
<b>Classe 1 (BMI 30–34,9)</b>	1.28	0.64, 2.56	1.01	0.54, 1.86	0.87	0.54, 1.4	0.78	0.46, 1.31
<b>Classe 2 (BMI 35–39,9)</b>	1.76	0.78, 3.95	1.67	0.91, 3.09	1.39	0.77, 2.49	1.41	0.71, 2.81
<b>Classe 3 (BMI ≥ 40)</b>	4.98	2.07, 11.99	2.92	1.28, 6.67	2.60	1.38, 4.91	2.28	0.93, 5.60

*Tableau 5. Association entre IMC et dépression, OR: Odd Ratio, IC 95%: intervalle de confiance à 95%, issu des travaux de Onyike et al., 2003 (40).*

L'étude concluait une prévalence d'un EDM le mois précédent en moyenne 1.5 fois supérieure pour un IMC supérieur à 30kg/m<sup>2</sup>, par rapport à un IMC dans les normes. Bien que les odds ratio apparaissent supérieurs à 1, ils ne sont significatifs que pour des IMC supérieurs ou égaux à 40 kg/m<sup>2</sup> : l'association entre dépression et obésité semble donc significative et se vérifier pour l'obésité morbide uniquement.

Les auteurs modèrent néanmoins leurs résultats en dénonçant la complexité des méthodes diagnostiques de l'épisode dépressif. En effet, certains critères caractérisés selon le DSM III tels que la fatigue, l'insomnie ou la perte de libido ne sont pas propres à la dépression. Ces symptômes sont explicables comme conséquences des comorbidités et peuvent de ce fait être fréquemment rencontrés chez les sujets en obésité morbide (30).

Par exemple, le syndrome d'apnée du sommeil induit une fatigue qui pourrait se confondre avec une asthénie et une irritabilité secondaires à une humeur dépressive. Les limitations fonctionnelles par l'incapacité à réaliser certains mouvements qui en découle interrogent sur la motivation et peuvent s'apparenter à une forme d'aboulie.

La difficulté de ce type d'évaluation réside dans l'incapacité de l'approche diagnostique du DSM à distinguer ce qui constitue une conséquence de l'excès pondéral de ce qui provient d'une symptomatologie dépressive propre.

## b. Obésité et suicide

En revanche, l'association IMC et suicide demeure controversée selon les études.

Carpenter et al (39) observent que les sujets en obésité présentaient plus d'idéations suicidaires par rapport à des sujets avec un IMC normal avec une différence significative de 21% ( $OR=1.21$ ,  $IC95\%=[1.02-1.44]$ ). (cf Tableau 6)

En revanche, aucune différence significative n'a été mise en évidence concernant les tentatives de suicide ni d'association significative entre IMC et idées suicidaires.

		Idées suicidaires l'année passée		Tentative d'autolyse l'année passée
<b>+10 points d'IMC</b>	Hommes	0.74 (0.64-0.86)		0.45 (0.40-0.51)
	Femmes	1.22 (1.13-1.32)		1.22 (0.91-1.63)
<b>Obésité vs poids dans la norme</b>	Hommes	1.02 (0.98-1.06)	1.21 (1.02-1.44)	0.63 (0.48-0.83)
	Femmes	1.20 (0.96-1.50)		1.23 (0.74-2.03)

Tableau 6. Comparaison des Odds Ratio (OR) avec intervalle de confiance à 95% (IC) pour les idées suicidaires et les tentatives d'autolyse, issu des travaux de Carpenter et al, 2000.(39)

Par ailleurs, une augmentation de 10 points d'IMC semble avoir un impact différent selon le sexe :

- chez les femmes une augmentation significative du risque d'idéations suicidaires l'année passée de 22%
- chez les hommes une réduction du risque d'idéations suicidaires l'année passée de 26% et de TA de 55%.

Par conséquent, il apparaît que la majoration du risque d'EDM, comme le risque d'idéations suicidaires, semble plus élevé chez les sujets souffrant d'obésité avec un effet plus important chez les femmes, la prédominance féminine dans la population obèse permettant éventuellement de constater plus facilement de tels risques. D'autre part,

l'impact différent du poids selon le sexe questionne les effets de la stigmatisation. En effet, les hommes avec poids inférieur à la normale présentaient un risque plus élevé de dépression et de tentative d'autolyse. Il semble que le stigmate social s'applique davantage aux femmes trop « grosses » tandis qu'il ciblerait plutôt les hommes trop « maigres ».

Néanmoins au-delà d'un certain IMC, le risque de tentative suicidaire augmente considérablement (41) comparativement à la population générale de 87% lorsque l'IMC est compris entre 40 et 49.9 kg/m<sup>2</sup> et 122% lorsque l'IMC est supérieur ou égal à 50 kg/m<sup>2</sup>.

Une revue de la littérature de 2012 (42) soutient une association positive entre IMC et risque suicidaire, en rappelant que la présence d'une maladie chronique augmente ce risque.

De plus, l'obésité s'accompagne de fréquentes comorbidités en particulier psychiatriques (dépression, troubles anxieux, personnalité, abus de substance, TCA) qui peuvent de surcroît participer au potentiel suicidaire.

Bien que quelques études identifient le surpoids et l'obésité comme des facteurs protecteurs vis-à-vis de la suicidalité, cette revue de littérature permet de conclure à une majorité de résultats en faveur d'une association positive entre obésité et suicide (incluant tout comportement suicidaire, idées, pensées, tentatives de suicide et mortalité par suicide), aboutissant à la notion d'une plus grande vulnérabilité suicidaire des individus en obésité.

### c. L'impact de la stigmatisation

Les seuils anthropométriques adoptés par l'OMS font d'un individu un « malade ». Bien qu'il permette d'homogénéiser les pratiques et les classifications, l'indice de masse corporelle cantonne l'excès de poids à un excès de masse grasse et tend à opposer les individus « normaux » aux individus « pathologiques » selon un raisonnement dichotomique. La corpulence s'interprète comme une maladie pour l'opinion publique (43), maladie « visible » par tous contrairement au diabète ou à l'hypertension artérielle.

C'est aussi parce qu'elle est observable à l'œil nu que la stigmatisation de l'obésité joue un rôle notable dans l'apparition de troubles psychiatriques (24) engendrant une plus grande susceptibilité à l'isolement social, en particulier chez les femmes (36). Est-ce à cause d'une stigmatisation plus violente que les femmes présentent un risque d'épisode dépressif et de comportement suicidaire plus élevé que les hommes ?

Pour les candidats à la chirurgie de l'obésité, les taquineries centrées sur le poids sont associées à des niveaux élevés de dépression, une mauvaise estime de soi et une insatisfaction de l'image corporelle (44). En outre, la fréquence des expériences de stigmatisations est corrélée à l'intensité de la symptomatologie dépressive mais également à l'altération de la qualité de vie, et ce sur l'ensemble des domaines mesurés par l'échelle Impact of Weight on Quality of Life (IWQoL), représentés par la mobilité physique, l'estime de soi, la sexualité, la vie sociale et le travail.

Cette double corrélation conforte l'impact psychosocial de la stigmatisation (45) et nécessiterait de chiffrer ces expériences de rejet et de stigmatisation, leur fréquence, leur impact psychique et social lors de la consultation pré-opératoire.

Au niveau sociétal, l'existence et l'intensité d'un rejet basé sur une politique pondérale varient selon les cultures et les époques, tout comme les représentations sociales. La "valence symbolique" de l'obésité alterne entre richesse, abondance, bonne santé versus rejet et pauvreté au gré des contextes de pénurie dans les pays en voie de développement et des périodes antérieures de nos sociétés occidentales ou de prospérité dans les pays industrialisés. Le sujet obèse est déviant, coupable, disqualifié et s'oppose aux valeurs véhiculées par la "minceur" de maîtrise et de dynamisme (43).

Préalable ou conséquence, ces patients présentent souvent une image corporelle négative qui érode l'estime de soi. L'aversion à l'égard du corps et la perte de confiance en soi entravent l'insertion sociale et professionnelle et nourrissent un sentiment d'échec conduisant à un repli et un isolement progressifs (46) préjudice du poids pointé du doigt par la discrimination peut ainsi participer à faire le lit de la dépression.

De manière globale, Glinski et coll. (25) ont relevé certains traits fréquents chez les sujets en obésité morbide, assimilables à des mécanismes de défense, bien qu'aucun profil psychopathologique spécifique ne puisse être dressé. Dénier et dissociation transparaissent au travers de la propension à la somatisation et au recours fréquent à l'alimentation.

Somatiser (du grec « soma » (σῶμα) : corps, c'est-à-dire mettre en avant des symptômes physiques, expression d'une souffrance psychique) amène le sujet à se dissocier de ses émotions négatives.

Cette tendance est interprétée par les auteurs comme une tentative de mettre à distance les aspects psychiques de leurs problèmes l'assimilant à forme de déni. Tandis

que le recours à l'alimentation où le comportement alimentaire dépourvu de sensations digestives s'identifie à une forme mineure de dissociation, afin d'étouffer la souffrance et se protéger de ses propres émotions.

Mais comment déterminer le début de cette souffrance : est-elle réellement une conséquence de l'excès pondéral ou bien existait-elle au préalable ?

## **2. Pathologies psychiatriques à l'origine de l'obésité**

La haute prévalence des troubles mentaux au sein des sujets postulants à la chirurgie bariatrique interroge sur une éventuelle relation de cause à effet. Toutefois, le constat d'une association significative entre un trouble de l'axe I, actuel ou ancien, et un IMC plus élevé (24) conforte l'existence d'une relation étroite entre une souffrance psychique et poids : alors est ce que plus je vais mal plus mon IMC est élevé ou l'inverse ? (ou les deux ?)

Ce lien apparait d'autant plus puissant chez les sujets souffrant de troubles mentaux sévères puisque la prévalence de l'obésité peut y atteindre 60% (47). En effet, le trouble bipolaire et la schizophrénie doublent le risque d'évolution vers une obésité par rapport à la population générale.

Cette majoration du risque provient notamment des effets secondaires cardiovasculaires des traitements antipsychotiques. En favorisant la prise de poids, ces thérapeutiques sont impliquées dans l'apparition de diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie. Ajouté à une consommation tabagique massive, ces patients présentent un risque cardiovasculaire plus élevé que la population générale.

Une autre hypothèse concerne l'effet des troubles de l'humeur sur le comportement alimentaire(24). La « suralimentation » ou hyperphagie est adoptée comme moyen de lutte contre la dépression ou sa récurrence. Ainsi, le sujet, par l'apport alimentaire, tâche de mettre à distance et de réfuter les difficultés psychiques afin de se protéger des émotions négatives et pénibles qu'elles suscitent (34).

Il semble alors difficile de distinguer si les troubles des conduites alimentaires sont secondaires à l'obésité, coexistent ou la précèdent. Néanmoins, les TCA, et en particulier le Binge Eating Disorder, altèrent la qualité de vie et tendent à majorer le risque dépressif (48).



La présence d'une hyperphagie boulimique augmente également le risque d'abus de substance et d'isolement social. La présence du BED dans le DSM tend aussi à psychiatriser l'obésité puisque le BED lui est associé (49).

L'obésité serait assimilée à des traits de caractère « oraux »: « passivité, immaturité, dépendance, recherche de soutien, perturbations narcissiques ». Alors qu'aucune psychopathologie spécifique n'a été mise en évidence (43). Cette hypothèse apparaît réductrice et péjorative, et confirme le postulat d'une normalité pondérale équivalent d'une normalité psychologique.

En outre, les troubles psychiques débutant à l'adolescence ou à l'âge adulte dissimulent parfois un antécédent d'abus ou de maltraitance dans l'enfance. Or, une étude menée au CHU de Nancy (32) chez 767 patients candidats à la chirurgie bariatrique observait un lien entre psychotraumatismes et troubles psychiatriques comorbides d'une part et entre psychotraumatismes et hyperphagie boulimique d'autre part. De plus, la survenue d'un traumatisme dans l'enfance est non seulement reliée à un risque élevé de trouble psychiatrique mais aussi à un risque d'obésité à l'âge adulte (24), où l'enveloppe charnelle agirait comme moyen de protection contre les avances et les abus. Néanmoins l'inverse n'est pas vérifié : l'IMC n'est pas corrélé à la présence d'un antécédent d'abus (35).

Cette forte prévalence d'antécédents d'abus ou de négligence dans l'enfance, pourrait déclencher selon Orbach l'internalisation de pensées négatives vis-à-vis du corps et favoriser le passage à l'acte suicidaire (29).

L'idée d'une addiction à l'alimentation (« Food Addiction », FA) combine les deux perspectives où trouble psychiatrique et obésité sont comorbides. En effet, ce concept, non (encore ?) reconnu officiellement par le DSM est défini comme un trouble addictif propre, de type comportemental. Certains auteurs considèrent en outre l'idée d'une dépendance à la nourriture en tant que psychopathologie inhérente à l'obésité morbide (15).

L'addiction porte sur l'alimentation, c'est-à-dire le fait de manger, et non l'aliment en lui-même. Il convient d'opter pour le terme d'« eating addiction » plutôt que « food addiction » (50). Il traduit une relation de dépendance à l'alimentation où la symptomatologie s'apparente à une addiction à une substance avec les mêmes effets de craving (besoin irrésistible de consommer une substance de façon impulsive), tolérance (besoin de majorer les quantités pour obtenir le même effet), sevrage (manque) etc (51).

Située au croisement de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, elle repose sur une relation de dépendance à des aliments gras, salés ou sucrés, aux éventuelles propriétés addictives. Sur le plan neurobiologique, elle serait associée à des altérations du système de récompense.

Un outil diagnostique a toutefois été élaboré sous la forme d'un autoquestionnaire qui fait référence : la Yale Food Addiction Scale (YFAS) par Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD (.Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale) validé en français (52).

Cet outil permet également de déterminer la prévalence de l'addiction à l'alimentation : 5 à 10% en population générale, 15 à 25% chez les patients obèses, maximale (plus de 50%) chez les patients souffrant de TCA (BED , BN et AM) (51) dont 57% chez les patients en obésité combinée à un BED et 42% chez les candidats à la chirurgie bariatrique (50). Malgré une fréquence beaucoup plus élevée chez les patients obèses, aucun lien n'a été démontré avec une prise de poids ni une obésité (51).

Décrit comme fréquent chez les sujets en obésité, l'addiction à l'alimentation n'est-elle pas un moyen supplémentaire de pathologiser davantage ces patients ? C'est ce que laissent penser les facteurs associés (51) qui sont représentés par :

- des facteurs individuels: âge supérieur à 35 ans, sexe féminin, célibataire, impulsivité, altération de l'estime de soi, difficultés de mentalisation et de régulation émotionnelle,
- des facteurs biologiques et physiologiques: obésité (mais pas d'association significative entre addiction à l'alimentation (FA) et obésité plus sévère), plus forte activation du circuit de récompense (cortex préfrontal dorsolatéral et du noyau caudé, système opioïde et cortex orbito-frontal latéral)
- des symptômes associés de dépression, PTSD, Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité (TDAH) associé ou non à une impulsivité, TCA (BED, boulimie)
- des facteurs environnementaux: antécédents de traumatisme physique, abus sexuel dans l'enfance, consommation élevée d'aliments transformés et riches en graisses, sel, sucre (en réponse à des émotions négatives).

En revanche, il existe des similitudes entre BED et addiction aux drogues au niveau comportemental et neurobiologique. En outre, les aliments raffinés sont dotés de propriétés

addictives comparables à celles de l'alcool, du tabac et de la cocaïne. A l'image des addictions aux substances, l'addiction aux produits sucrés serait associée à des altérations fonctionnelles neurobiologiques des circuits de la récompense, de la motivation et du contrôle des pulsions. En effet, la consommation d'aliment palatable, c'est-à-dire qui procure du plaisir lors de sa dégustation, activerait les mêmes circuits que ceux activés lors de la consommation de substances psychoactives. Parmi elles, l'insula, joue un rôle lors du craving et du sevrage de certains aliments, de manière comparable avec les substances psychoactives.

Cette entité diagnostique suscite des réticences du fait de l'insuffisance des données scientifiques actuelles. L'outil, proposé par les auteurs à l'origine du concept est réduit à un autoquestionnaire aux réponses dichotomiques. D'autre part, l'YFAS détecte finalement un "comportement alimentaire désorganisé " qu'on pathologise et l'addiction alimentaire n'explique pas l'obésité (doit-on obligatoirement comprendre pour soigner reste un autre questionnement).

En dépit de la controverse, ce concept peut aider à dépister certaines difficultés du comportement alimentaire, amenant à un accompagnement des patients et un intérêt pour une prise en charge addictologique conjointe.

Celle-ci intégrerait plusieurs axes : psychothérapeutique avec entretien motivationnel, et travail sur les facteurs de vulnérabilité (dysrégulation émotionnelle, impulsivité, symptomatologie dépressive), pharmacologiques (molécules ciblant les circuits de la récompense et opioïdes) et social (groupe de patients, prévention, politique de réduction de risques).

### **III. LA SUICIDALITE ELEVEE EN POST-OPERATOIRE**

La chirurgie bariatrique a démontré une efficacité sur la réduction de la morbi-mortalité. Une étude de cohorte suédoise menée en 2007 (53) chiffrait ainsi une réduction de la mortalité de 30% pour un IMC supérieur à 40.8 kg/m<sup>2</sup> et de 20% pour un IMC inférieur à 40.8 kg/m<sup>2</sup> sur une période de 10 ans en moyenne (suivi entre 4 et 18 ans, HR=0.76, p=0.04) par rapport à des sujets obèses recevant un traitement conventionnel.

Néanmoins, si les principales causes de décès identifiées relevaient d'une origine cardio ou cérébro-vasculaire ou cancéreuse, 13% des décès sont restés de cause inconnue : quelle est la part des décès d'origine autolytique ?

#### **A. PREVALENCE DES TENTATIVES D'AUTOLYSE ET DES DECES PAR SUICIDE**

##### **1. Une surmortalité par suicide**

La première publication qui dénonce ce phénomène est l'équipe d'Adams et al, issue de l'université de médecine de l'Utah en 2007 (54). Malgré une réduction de la mortalité à 40% toutes causes confondues, ils concluent à une surmortalité par accidents et suicides (mortalité non liée à la maladie de l'obésité) significativement 58% plus élevée dans le groupe opéré par bypass gastrique par rapport à des sujets obèses non opérés. Les taux de mortalité s'élevaient respectivement à 11.1 et 6.4 par 10000 personnes-années sur une moyenne de sept années de suivi post-opératoire. Les auteurs mettent en lien ces résultats avec un probable sous diagnostic en pré-opératoire de trouble de l'humeur, état de stress post traumatique ou antécédent d'abus ou de maltraitance dans l'enfance.

Quelques années plus tard, en 2010, Tindle et al (55) confirment une surmortalité par suicide chez les patients opérés de chirurgie bariatrique. L'étude menée en Pennsylvanie sur une période de dix ans entre 1996 et 2006 estimait des taux de suicide à 6.6/10000 personnes-années avec une nette prédominance masculine (taux nettement supérieur à celui de la population des USA de 1.1/10000 selon l'OMS (56)).

	<b>Etude</b>	<b>Population générale (USA)</b>	<b>Population générale (Pennsylvanie)</b>
<b>Femmes</b>	5.2/10000	0.7/10000	0.6/10000
<b>Hommes</b>	13.7/10000	2.4/10000	2.5/10000

*Tableau 7. Taux de mortalité estimés chez les patients opérés de chirurgie bariatrique, selon le sexe, issu des travaux de Tindle et al., 2010 (55)*

L'âge moyen des patients suicidés était de 45 ans, 65 % étaient des femmes. Les taux les plus élevés concernaient les femmes âgées de moins de 35 ans (14/10000 personnes-années) et les hommes âgés entre 45 et 54 ans (21.7/10000 personnes-années) tandis qu'il était le plus bas chez les hommes âgés de moins de 24 ans. Les moyens utilisés par ordre de fréquence étaient l'intoxication médicamenteuse volontaire puis les armes à feu, l'intoxication par monoxyde de carbone et enfin la pendaison.

Ces résultats très élevés pourraient s'expliquer par une haute prévalence de troubles psychologiques et éventuellement une suicidalité déjà accrue en amont de l'intervention (que l'étude n'explore pas). Toutefois, les décès par suicide sont probablement sous-estimés compte tenu de l'intentionnalité non renseignée des intoxications médicamenteuses ou toxiques.

Presque 30% des suicides sont survenus dans les deux premières années et 70% (cumulés) dans les trois ans post-opératoires. Les taux les plus élevés ont été constatés durant la 2<sup>e</sup> (19.35%) et la 3<sup>e</sup> année (38.7%), ce qui correspond à la période la plus fréquente de reprise de poids.

En effet, après une première phase de perte de l'excès de poids qui, selon les études, atteint son maximum entre 12 et 24 mois (53,57) (entre 12 et 18 mois (58) ou entre 18 et 24 mois (59)), et significative à 18 mois (59) suit une phase fréquente de reprise pondérale. Cette tendance s'observe généralement dès la deuxième (58) ou la troisième année (57) et peut s'étendre jusqu'à huit à dix ans après l'intervention (53) avec un maximum entre 24 et 60 mois et une significativité à 48 mois. Elle concerne environ la moitié des patients opérés d'un bypass gastrique (59).

	<b>Maximale</b>	<b>Significative</b>
<b>Perte de poids</b>	12 à 24 mois	18 mois
<b>Reprise de poids</b>	24 à 60 mois	48 mois

*Tableau 8. Périodes les plus fréquentes de perte et reprise de poids en post-opératoire après une chirurgie bariatrique d'après les données de la littérature (53,57–59)*

Une revue de la littérature de 2013 (56) estimait un taux de suicide inférieur à celui calculé par Tindle et al, à 4.1/10000 personnes-années (IC 95%=[3.2-5.1]/10000 personnes-années) bien que supérieur à celui de la population générale. Cette revue incluait des études publiées entre 1992 et janvier 2012, portant sur les suicides « aboutis » et menées en Europe, Amérique du Nord et Australie, la durée de suivi variait entre 5 et 29 mois jusqu'à 22 ans.

Les auteurs ont calculé une probabilité de commettre un suicide après une chirurgie bariatrique quatre fois supérieure par rapport à la population générale (OR= 0.25, IC à 95%=[0.20, 0.31],  $p < 10^{-15}$ ), selon les données de l'OMS (taux de 1/10000). Les décès par suicide se sont produits entre 18 mois et 5 ans après l'opération. Les patients suicidés étaient caractérisés par une prédominance féminine (79.2%) et un âge moyen de 39.7 ans.(56)

Tindle et al (55) mettent en avant le manque de littérature à ce sujet ainsi que la durée trop courte des études conjuguée à des échantillons de patients trop faibles pour pouvoir révéler une quelconque incidence sur la mortalité par suicide. Ils suggèrent la réalisation d'études supplémentaires de type essai randomisé à grande échelle de durée suffisante pour documenter la suicidalité post chirurgie bariatrique et explorer les hypothèses d'un lien avec le succès ou l'échec de la chirurgie bariatrique, la présence de troubles mentaux actuels ou anciens (antécédents psychiatriques) et les problèmes psychosociaux. Cela requiert un suivi post-opératoire à long terme afin de chiffrer la mortalité par suicide.

Par conséquent, les données chiffrant le taux de suicide après ce type de chirurgie demeurent restreintes et variables selon les méthodologies, et soumis à des biais secondaires aux nombres de décès de cause inconnue et de perdus de vue.

## 2. Une augmentation des tentatives d'autolyse en post-opératoire

Bhatti et al (60) révélaient, dans une étude de cohorte récente, une augmentation statistiquement significative des tentatives de suicide en post-opératoire par rapport à la période pré-opératoire mais également par rapport à la population générale.

En effet, le taux à 3 ans post-opératoire était significativement plus élevé par rapport aux 3 ans pré-opératoires (3.63 par 1000 patient-années vs 2.33 par 1000 patient-années) soit un risque augmenté de 46% en post-opératoire (risque relatif significatif de 1.54 (IC95%=[1.03-2.30],  $p = 0.007$ )) et un taux de tentative de suicide 3 fois plus élevé que celui de la population générale en Ontario.

Représentés par une prédominance féminine, la majorité (98.5%) avait été opérée d'un court-circuit gastrique type Roux-en-Y bien que ce type de chirurgie ne constitue pas un facteur de risque significatif. Le moyen le plus fréquent était l'intoxication médicamenteuse (72.8%) puis les traumatismes physiques (20.9%) tel que la pendaison. Les caractéristiques pour lesquelles le risque relatif apparaissait significatif étaient les suivantes :

-l'âge, compris entre 35 et 65 ans (vs 18 à 34 ans) :  $RR=1.76$ ,  $IC\ 95\%=[1.05-2.94]$   
 $p=0.03$ ,

-un revenu bas:  $RR= 2.09$ ,  $IC\ 95\%=[1.20-3.65]$ ,  $p=0.01$ ,

-la vie en milieu rural:  $RR=6.49$ ,  $IC\ 95\%=[1.42-29.63]$ ,  $p=0.02$ .

En revanche, en dépit de la fréquence d'un trouble psychiatrique jusqu'à 5 ans avant la chirurgie (anxiété et dépression majoritairement), aucun de ces deux troubles ne constituait un facteur significatif. L'étude ne comparait pas non plus les patients souffrant d'un trouble psychiatrique versus les patients sans trouble.

Ces résultats sont probablement sous-estimés puisque l'étude ne prenait en compte que les tentatives de suicide admises aux urgences or seulement la moitié des patients atteignent les services d'urgence suite à une TA.

La même année, une deuxième étude (Backman et al., 2016) (26) a également mis en évidence une augmentation significative du risque d'hospitalisation pour tentative de suicide après un bypass gastrique de type Roux-en-Y (RYGB) par rapport à la population générale. Cette étude suédoise de cohorte (*deux cohortes, non matchés pour BMI: suivi d'1.9 ans en*

moyenne et suivi entre 1 an pré-op et 4 ans post-op) témoigne d'un taux d'incidence supérieur au double (x2.6) de celui de la population générale (*Ratio du taux d'incidence: 2.62 [2.25, 3.03] vs 0.96 [0.87, 1.06] dans la population non obèse [IC 95%]*).

Deux autres études rétrospectives, danoise (Kovacs et al.(61)) et australienne (Morgan et Ho(62)) de 2016, n'ont pas constaté une surmortalité par suicide, à la fois par rapport à des sujets obèses non opérés et par rapport à la population générale. Néanmoins, Kovacs et al ont montré une augmentation des tentatives de suicide jusqu'à 4 ans post-opératoires par rapport à des sujets obèses non opérés (hazard ratio =3.23 IC95%= [1.93-5.40]) tandis que Morgan et Ho n'ont pas relevé de différence en post opératoire (40 mois) comparativement à la période pré opératoire (30 mois).

	<b>Pré-opératoire</b>	<b>Post-opératoire</b>
<b>Idées suicidaires (IDS)</b>	Antécédents d'IDS entre 9 et 30.3%	
<b>Tentative d'autolyse (TA)</b>	Antécédents de TA entre 5.55 et 11.2% : Deux fois plus que la population générale	Incidence x2.6 Prévalence x3 Risque +46% dans les 3 ans post-opératoires
<b>Suicide</b>		Taux de mortalité entre 4.1 et 6.1/10000 Probabilité de commettre un suicide x4

*Tableau 9. Prévalences des suicides et équivalents suicidaires au sein des patients opérés d'une chirurgie bariatrique par rapport à la population générale d'après les données de la littérature (21,26,36,38,55,56,60)*

## **B. ETAT DES LIEUX DE LA SANTE MENTALE APRES UNE CHIRURGIE**

### **BARIATRIQUE**

Cette partie aborde uniquement les troubles les plus fréquemment retrouvés au sein de cette population (troubles thymiques, anxieux et du comportement alimentaire), et non les troubles bipolaires ni les troubles psychotiques. Quant aux troubles de la personnalité, l'intervention bariatrique ne les affecterait pas au regard de leur construction précoce à l'adolescence, leur solidité face aux changements environnementaux(63).

On observe une grande variabilité de l'état psychologique présenté en post-opératoire d'un patient à l'autre. Tandis que certains connaissent une amélioration psychique et du



fonctionnement psychosocial au niveau de l'image corporelle et de la qualité de vie (63) qui est reliée à la perte de poids (64), d'autres traversent des « réactions émotionnelles négatives » avec une dégradation de leur santé mentale malgré une perte de poids acceptable (65).

### **1. Influence de la chirurgie bariatrique sur les troubles psychiatriques pré-existants**

De nombreuses études rapportent une résolution assez spectaculaire des symptômes de dépression après la chirurgie, un effet qui aurait tendance à s'essouffler au fil des années. Les troubles anxieux seraient également améliorés mais dans une moindre mesure.

#### **a. Troubles de l'humeur**

L'amélioration des symptômes dépressifs, mesurée par l'échelle de Beck (Beck Depression Inventory, BDI), est fréquemment observée durant les 12 premiers mois (48) avec néanmoins la persistance de symptômes légers à modérés voire une aggravation clinique pour certains patients (29).

Une méta-analyse de 2016 (21) conclue à une régression à la fois :

- des taux de dépression, au niveau des prévalences et incidences jusqu'à trois ans après,
- du nombre de symptômes dépressifs, leur fréquence et sévérité jusqu'à deux ans après et,
- de l'usage des traitements antidépresseurs au moins les trois premières années post-opératoires.

La réduction significative de la symptomatologie dépressive jusqu'à plusieurs années après la chirurgie serait principalement associée au degré de perte de poids (29). Bien qu'une telle corrélation reste à ce jour discutée (63), une étude observationnelle prospective (48) avait déduit une concordance proportionnelle (NDP faible) entre résolution dépressive et réduction du poids, à l'exclusion des patients souffrant de dépression sévère. Ainsi, chaque 1% de perte de poids initial serait associé à une amélioration du BDI de 0.33 point et la perte de poids à deux mois et six mois prédit le changement du BDI à six et douze mois respectivement. L'inverse n'a en revanche pas été démontré c'est-à-dire que l'amélioration de la dépression n'est pas systématiquement suivie d'une perte de poids.

La résolution initiale de la symptomatologie dépressive pouvant être constatée dans un premier temps est-elle durable ? Si la santé mentale s'améliore au début, celle-ci pourrait se dégrader par la suite. La prévalence dépressive aurait en effet tendance à augmenter dans un second temps, entre 12 et 24 mois post-opératoires ainsi qu'après la 3<sup>e</sup> année, et s'accompagne d'une augmentation des hospitalisations pour dépression (21).

En fait, la présence d'une dépression en pré-opératoire serait prédictive de troubles dépressifs à long terme (24-36 mois) mais pas à court terme (6-12 mois) (études menées chez sujets opérés d'anneau ou bypass gastrique)(66).

Pour d'autres, la sévérité et la prévalence de la dépression restent inchangées 6 mois après un by pass gastrique (67). En effet, le risque de dépression ne diminue pas si on s'intéresse à la consommation des thérapeutiques médicamenteuses après un RYGB (26) bien que les indications de cette classe médicamenteuse ne se limitent pas à l'épisode dépressif caractérisé.

	1 an pré-opératoire		4 ans post-opératoires	
	Population G	Patients opérés	Population G	Patients opérés
<b>Antidépresseurs</b>	9.6%	27%	10.4%	30.6%
<b>Benzodiazépines</b>	3%	7%	3.5%	10%
<b>Hypnotiques et sédatifs</b>	6.1%	16.2%	7.5%	24.5%

*Tableau 10. Usage des traitements psychotropes après un RYGB par rapport à la population générale issu des travaux de Backman et al., 2016 (26)*

D'abord les patients seraient plus susceptibles de recevoir au moins un traitement par benzodiazépine dans l'année précédant l'intervention et au moins un traitement hypnotique ou sédatif avant la chirurgie. Après l'intervention, l'usage des thérapeutiques antidépressives jusqu'à 4 ans post-opératoires apparaît plus répandu comparativement à la population générale.

Finalement, l'amélioration clinique dépressive serait relativement limitée dans le temps. Sa durée est variable de 6 ans (17) jusqu'à 9 ans (68).

### b. Troubles anxieux

En comparaison, l'anxiété serait moins (17) voire non améliorée par la chirurgie de manière significative au niveau de la sévérité et de la prévalence 6 mois après un bypass gastrique (67).

Comme pour la pathologie dépressive, des antécédents de troubles anxieux en pré-opératoire seraient prédictifs de troubles anxieux à 6-12 mois et 24-36 mois après intervention par anneau ou bypass gastrique (66). Ces résultats divergent avec ceux d'une autre étude avançant une amélioration des désordres anxieux à 2 et 4 ans après, de manière corrélée à la perte de poids (63).

### c. Troubles du comportement alimentaire

Les troubles des conduites alimentaires tendent à s'estomper après l'intervention, en particulier les comportements de binge. La restructuration de l'appareil digestif par la chirurgie limitent mécaniquement les quantités alimentaires ingérées et provoquent des vomissements en cas d'excès.

Les remaniements anatomiques combinés à une meilleure estime de soi et la correction de l'hygiène de vie, alimentaire et physique, contribuent donc à une diminution significative des troubles du comportement alimentaire de type binge eating (BE) (29).

Cet effet s'observe rapidement à 6 mois avec une réduction des épisodes de BE (48) et s'associe à un assouplissement des distorsions cognitives de manière significative (6 mois après un bypass gastrique). Ce constat mesuré par l'EDI (Eating Disorder Inventory) porte sur la réduction de la recherche de la minceur, de la boulimie et de l'insatisfaction vis à vis de l'image corporelle (67).

Néanmoins, en dépit d'une décroissance initiale, le nombre d'épisodes de BE réaugmente entre 12 mois (48), pour réapparaître entre 18 et 24 mois selon l'HAS (6). Une revue de littérature publie des résultats plus optimistes en pointant une diminution de la prévalence et de la sévérité du BED jusqu'à 2 ans après (21).

Après une phase de « lune de miel », la résurgence des troubles alimentaires se produit lorsque la perte pondérale ralentit ou s'interrompt, avec ou sans gain de poids. Les conduites de purge (vomissement ou autre comportement compensatoire) sont alors

réutilisées afin de prévenir la reprise des kilos perdus. Et la présence de ce type de comportement en pré-opératoire prédit la possibilité de leur réémergence en post-opératoire (29).

## 2. Incidence des troubles addictologiques

Nous aborderons essentiellement les troubles addictologiques liés à l'alcool, les autres substances étant moins étudiées.

Les données de la littérature identifient une augmentation de la consommation d'alcool et des abus d'alcool en post-opératoire :

Après un Bypass Gastrique de type Roux-en-Y (RYGB) et une gastroplastie verticale calibrée mais avec un effet moindre (69) alors qu'aucune différence n'est observée après la pose d'un anneau gastrique comparativement au groupe contrôle (suivi à 2 ans (70), et entre 8 et 22 ans (69).

L'augmentation de la consommation et de l'abus d'alcool apparait significative au cours de la deuxième année après RYGB (prévalence = 9.6%,  $p < 0.01$ ), par rapport à l'année pré-opératoire, la première année post-opératoire (70) et même 13 à 15 ans après (12).

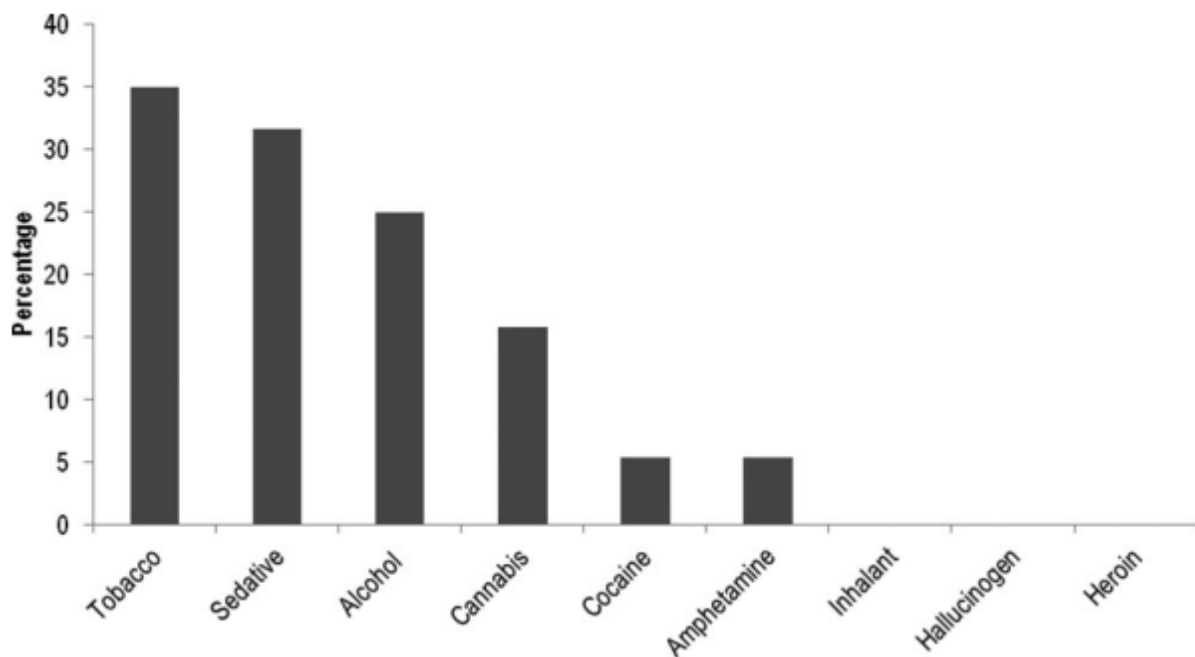
La majoration des troubles de la consommation éthylique est représentée par un ratio du taux d'incidence à 7.77 (IC 95% = [ 6.59 et 9.15]) pour 10000 personnes-années entre et 2 et 4 ans après un RYGB (taux d'incidence à 8.34 et à 64.78 pour 10000 personnes-années en pré-opératoire et en post-opératoire respectivement)(26).

Elle touche les hommes comme les femmes (26) avec un effet plus important chez les hommes.

Les facteurs pré-opératoires associés (sur l'année précédant l'intervention) sont le sexe masculin, l'âge jeune, un tabagisme actif, une consommation d'alcool supérieure à 2 verres par semaine, une consommation récréative de substance et un faible soutien interpersonnel (70).

Les prévalences d'alcoolodépendance après un RYGB sont mitigées : entre diminution (10.3% vs 2.6% après 13 à 15 ans, significativité non mentionnée) et apparition de novo (2.9% d'alcoolodépendance après 6 à 10 ans) (12).

Les travaux portant sur les consommations de substances autres que l'alcool ne distinguent pas les substances entre elles, rendant l'interprétation des résultats difficiles. Selon une enquête cas témoins (71) réalisée sur internet auprès de candidats opérés d'un RYGB, 14% présentaient un mésusage post-opératoire toutes substances confondues, de novo pour 70% d'entre eux (9.8%) :



*Figure 6. Pourcentage de participants présentant un abus de substance post RYGB issu des travaux de Reslan et al.(71)*

La présence d'un mésusage en post-opératoire serait liée à :(71)

- une moindre perte de poids,
- l'existence d'une dépendance à la nourriture en pré-opératoire et/ou d'un NES post-opératoire,
- la présence d'une sensation de faim "subjective",
- des antécédents familiaux d'abus de substance.

Une deuxième étude en 2016 (26) constatait un risque accru d'abus de substances (opioïdes, cannabinoïdes, cocaïne, stimulants, hallucinogènes et sédatifs/hypnotiques) entre 2 et 4 ans après un RYGB, représenté par un ratio du taux d'incidence à 4.63 pour 10000 personnes-années (IC 95%=[3.72-5.72]).

L'évolution vers une majoration des troubles addictifs peut se comprendre de deux points de vue : biologique et addictologique.

D'une part, les modifications anatomiques imputées par des techniques chirurgicales restrictives et malabsorptives entraînent des altérations pharmacocinétiques au niveau intestinal, en particulier lors de l'absorption d'alcool au niveau jéjunal (ces mécanismes seront détaillés dans la partie suivante)(12).

D'autre part, les sujets opérés seraient plus susceptibles de développer par la suite un abus de substances puisque comme les toxiques, la prise alimentaire stimule le circuit de la récompense (24).

En effet, une hypothèse, aux fondements controversés, suppose un transfert de dépendance de l'alimentation à l'alcool (58), à la manière de ce qu'on peut observer avec les addictions aux substances psychoactives : les patients après un sevrage à une substance A peuvent développer une dépendance à une substance B comme tentative de compensation, (par exemple majoration des consommations d'alcool lors d'un sevrage à l'héroïne ou du tabac lors d'un sevrage au cannabis).

Cela suppose déjà de considérer l'obésité comme une « addiction alimentaire », en présumant un phénomène de tolérance : manger en plus grandes quantités d'un aliment afin de procurer le même plaisir (72). Or, la conception d'une addiction à l'alimentation en tant qu'entité diagnostique n'est pas tout à fait établie, et non incluse dans le DSM à ce jour.

Cependant, l'addiction à l'alimentation aurait tendance à se résorber de manière significative, à 6 et 12 mois après une sleeve gastrectomie (82%) ou un bypass gastrique.

Les prévalences établies selon le questionnaire YFAS s'élevaient à 57.8% en pré-opératoire, 7.2% à 6 mois et 13.7% à 12 mois. A un an, en dépit d'une élévation de la prévalence de FA, aucune différence significative de perte de l'excès de poids n'a été constatée entre sujets avec et sans FA (50).

Un argument supplémentaire repose sur l'aspect liquide de l'alcool qui facilite son ingestion donc son accessibilité. Le risque de transfert de dépendance serait significativement plus augmenté à la suite d'un RYGB qu'après anneau gastrique ou gastroplastie verticale calibrée, sans que les mécanismes soient identifiés (58).

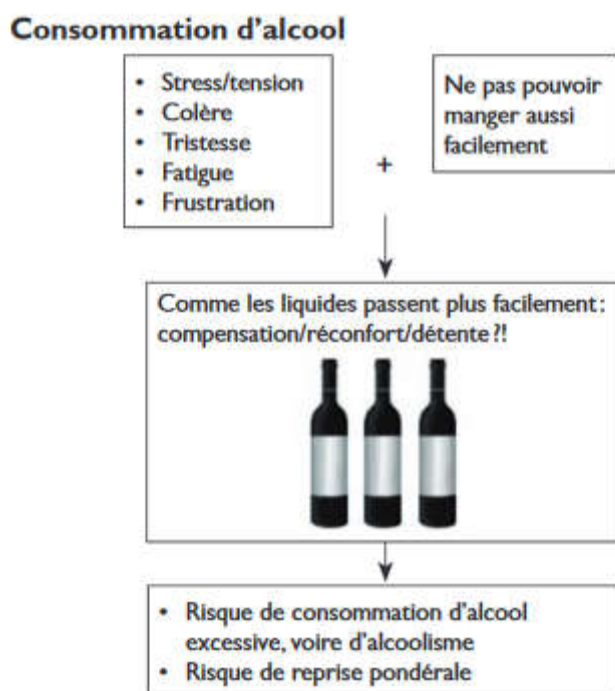


Figure 7. *Risque de transfert de dépendance, issu des travaux de L.Favre (58)*

Enfin, la sensibilité aux troubles addictologiques peut éventuellement s'interpréter comme l'expression d'une grande impulsivité, reflet des troubles du comportement alimentaire. Cette impulsivité, basée anatomiquement au niveau de la région mésolimbique et du cortex orbitofrontal, s'exprime moins puisque les conduites alimentaires de type BE s'estompent en post-opératoire.

L'abus d'alcool devient un nouveau moyen d'expression du besoin important de récompense et de la réduction du contrôle inhibiteur du comportement (17).

Par conséquent, l'intervention bariatrique s'accompagne initialement d'une amélioration de la santé mentale conjointement à une majoration de l'incidence des problématiques addictologiques. Comment évoluent l'estime de soi et la qualité de vie en post-opératoire?

### **C. IMPACT SUR L'ESTIME DE SOI**

L'estime de soi, comme l'image corporelle sont corrélées positivement au fonctionnement psychosocial et à la qualité de vie (65). Dans un désir de présenter des résultats clairs, nous avons choisi de dissocier estime de soi et qualité de vie, bien que ces deux dimensions soient étroitement liées.

Peu d'études ciblent l'estime de soi comme objectif principal et se concentrent généralement sur la qualité de vie. L'estime de soi se conjugue avec la confiance en soi, l'image de soi, la conscience de soi, l'amour propre, et l'auto-satisfaction.

Une première revue de littérature de 2003 (63) indique une amélioration considérable de l'estime de soi à partir des résultats de dix études avec un suivi entre un et sept ans post-opératoires. L'une d'elle expose des conclusions plus mitigées puisque 50% des patients indiquaient l'impact négatif des changements physiques sur l'estime de soi, décrivant un affaissement de la poitrine et une peau « ridée » secondaires à la perte de poids.

Une deuxième revue de littérature de 2013 rapporte les résultats de 2 études convenant d'une amélioration significative de l'estime de soi chez la plupart des patients dans les 6 à 12 mois après un RYGB, reliée à la perte de poids (29).

En effet, plusieurs facteurs concourent à cette évolution favorable initiale. La modification de la silhouette par la perte de l'excès de poids associées à la restauration de la libido et de la satisfaction sexuelle participent à corriger l'estime de soi et rétablir une image corporelle positive (29).

Toutefois, la durabilité de cet effet n'est pas garantie. Les études mentionnées se limitent à un suivi de quelques années après l'intervention. Ainsi, la revalorisation de l'estime de soi tend à stagner après un an voire à diminuer après une période de deux ans (29).

## **D. IMPACT SUR LA QUALITE DE VIE**

La qualité de vie s'élabore comme l'expérience subjective de sa santé et de son bien-être dans les domaines social, physique et psychique (65).

Elle est mesurée généralement par une échelle multidimensionnelle générique : la Short Form 36 Health Survey (SF-36).(73) Cet outil se compose de 36 items évaluant 8 dimensions explorant :

- la sphère physique : fonctionnement, limitations de la mobilité et de l'autonomie, douleurs, fatigue,
- la sphère sociale : le fonctionnement social, les relations interpersonnelles, l'activité professionnelle,



- la sphère psychique : santé mentale (bien être émotionnel et mental, l'estime de soi, l'image corporelle) et limitations dues à l'état psychique,
- et enfin, la perception générale de l'état de santé.

Le score obtenu résulte du score moyen physique « physical component summary » (PCS) et du score moyen mental « mental component summary » (MCS). Cependant, les études sont dotées d'un faible niveau de preuve et peu comparables entre elles selon les outils utilisés pour mesurer la qualité de vie et les interventions pratiquées (65).

L'évolution favorable de la qualité de vie est souvent rapportée dans la littérature. Toutefois, sa durée reste discutée : de 6 mois (67), à 1 an (amélioration significative,(17)), 2 ans (27) ou 4 ans (63) après tout type d'intervention, les plus étudiés étant le bypass gastrique, la gastroplastie verticale et l'anneau gastrique.

Deux autres études ont étendu leur suivi à plus long terme, constatant une amélioration de la qualité de vie jusqu'à 9 ans après une gastroplastie verticale ou un anneau gastrique (cohorte longitudinale prospective (68)) et même 10 ans avec des résultats plus nuancés (74). Cet essai clinique contrôlé explorait la qualité de vie selon des outils différents de la SF36, au sein de sujets opérés majoritairement de gastroplastie verticale (pratique délaissée) mais aussi dans une moindre mesure de bypass et anneau gastriques.

Une amélioration de la qualité de vie intéressant la perception de la santé générale, les interactions sociales, le fonctionnement psychosocial et les troubles de l'humeur a été constatée :

- maximale durant la 1<sup>re</sup> année postopératoire,
- décroissante entre la 2<sup>e</sup> et la 6<sup>e</sup> année en lien avec la reprise de poids,
- puis stable entre la 6<sup>e</sup> et la 10<sup>e</sup> année,
- pour atteindre à 10 ans post-opératoire un degré supérieur à celui pré-opératoire.

Les auteurs ont mis en évidence un lien entre les fluctuations pondérales et les variations positives ou négatives de la qualité de vie. Ils concluaient à un maintien d'une perte de poids minimale de 10 % afin d'obtenir un effet favorable sur la qualité de vie (74).

Cette corrélation entre perte de poids et amélioration de la qualité de vie est souvent décrite, notamment en terme de fonctionnement psychosocial (29) ainsi qu'aux plans

psychique (17) et physique, et ce dès 6 mois après un bypass gastrique (67), jusqu'à 2 ans après une chirurgie gastrique restrictive (27). Ceci s'explique par la restauration des capacités physiques qui suivent la perte de l'excès de poids, contribuant à une réduction des douleurs articulaires et une majoration de la mobilité et de l'autonomie. Le score moyen mental semble également s'améliorer de façon significative entre 6 et 12 mois (48), influencé par la régression des troubles psychiques pré existants à l'intervention. Ainsi, une amélioration des troubles dépressifs prédirait celle de la qualité de vie à 1 an (65).

L'impact sur les relations sentimentales diffère entre amélioration des rapports conjugaux et du fonctionnement sexuel d'une part, et séparations et divorces d'autre part, notamment si la relation affichait une certaine fragilité avant l'intervention (27) ou lors de difficultés d'adaptation de certains conjoints (63). La qualité de vie semble par la suite se détériorer, entre deux (27,29) et six ans (74) ou seulement après neuf ans pour revenir au niveau pré-opératoire ou s'aggraver (68).

Il apparaît que cette dégradation de la qualité de vie survient lors de la reprise de poids (74), elle-même consecutive à la résurgence de certains troubles du comportement alimentaire comme le binge eating disorder ou le grignotage (snacking) (29). En effet, après une période de résolution, les TCA marqués par une perte de contrôle persistent ou réémergent et la qualité de vie et la santé mentale qui pouvaient s'être rétablies dans un premier temps se dégradent à nouveau.

Donc les facteurs psychologiques pré-opératoires affectent la qualité de vie en post-opératoire. Et les facteurs prédictifs influençant négativement la qualité de vie sont la persistance d'une symptomatologie psychiatrique et d'un comportement alimentaire inadapté (65).

## **E. SUICIDALITE EN POST-OPERATOIRE : HYPOTHESES**

### **1. Attentes magiques et variations pondérales**

- a. Liées à la perte de poids massive ou moindre perte de poids

Les fluctuations pondérales exprimant les résultats de l'intervention chirurgicale ont été définies en 2005 par la Société Américaine de Chirurgie Bariatrique (7) en pourcentage de perte de poids, de perte d'excès de poids, perte d'IMC ou perte d'excès d'IMC. Ainsi :

- le pourcentage de perte de poids (recommandé en particulier pour exprimer les variations de poids chez les patients avec IMC  $\geq 50$  kg/m<sup>2</sup>) :

$$\frac{(\text{poids pré-opératoire} - \text{poids post-opératoire})}{\text{poids pré-opératoire}} \times 100$$

- le pourcentage de perte d'excès de poids (PEP) :

$$\frac{\text{poids perdu}}{\text{excès de poids pré-opératoire}} \times 100$$

- le pourcentage de perte d'IMC :

$$\frac{(\text{IMC pré-opératoire} - \text{IMC postopératoire})}{\text{IMC pré-opératoire}} \times 100$$

- le pourcentage de perte d'excès d'IMC :

$$\frac{(\text{IMC pré-opératoire} - \text{IMC postopératoire})}{(\text{IMC pré-opératoire} - 25)} \times 100$$

L'efficacité de la chirurgie bariatrique peut aussi s'apprécier par l'indice de Reinhold classant la perte pondérale selon le PEP (75):

- excellent : PEP à 2 ans > 75 %
- satisfaisant : PEP à 2 ans > 50 %
- modéré : PEP à 2 ans > 25 %
- échec : PEP à 2 ans < 25 %

La littérature considère comme objectif thérapeutique satisfaisant une perte de poids quantifiée par une PEP supérieure ou égale à 50% ou l'atteinte d'un IMC inférieur à 30kg/m<sup>2</sup> après 2 ans post-opératoires, et durable à 5 ans.

Inversement, l'échec de perte de poids est généralement défini pour une perte de poids inférieure à 50% de l'excès pondéral. Le taux d'échec est constaté dans tous les types d'intervention, et s'élève à 50% pour l'anneau gastrique ajustable dans les 5 à 10 ans (dont 30% de ré-opération pour enlever l'anneau) contre 10% pour le bypass gastrique type Roux-en-Y (29).

Finalement l'efficacité de l'intervention se définit par des pourcentages et des statistiques mais ne tient pas compte du sujet dans sa globalité. Le succès d'une chirurgie bariatrique ne réside pas seulement dans la perte d'excès de poids mais intègre également les facteurs psychosociaux et psychologiques, en particulier l'amélioration de la qualité de vie et des comorbidités, paramètres non systématiquement évalués lors du suivi.

Du reste, les patients ne s'attendent peut-être pas à perdre autant de poids ou inversement pensaient en perdre davantage. Les objectifs personnels sont parfois à tel point surestimés que leur décalage avec la réalité les qualifie d'attentes magiques. Les espoirs se concentrent sur un chiffre pondéral mais aussi sur l'aspect physique. Et même lorsque la perte d'excès de poids est favorable, ce n'est pas sans compter les « dégâts collatéraux ». A nouveau, les patients font face à une réalité toute autre. Ils découvrent que la peau distendue par la perte de poids rapide engendre un excès cutané « le tablier abdominal », contrastant avec la projection d'un corps lisse et ferme.

Pour beaucoup, dont Baumeister (29), psychologue américain, ces attentes magiques pourraient en effet jouer un rôle déterminant dans l'acte suicidaire. De par leur degré irréaliste et utopique, elles peuvent provoquer un sentiment de désillusion et de déception, exacerbant un stress déjà présent en pré-opératoire (55).

De plus, chez les femmes la perte de l'excès pondéral transforme un corps rond asexué en un corps sexué féminisé. Le vécu et l'impact psychique d'une telle métamorphose questionne, notamment concernant les personnes victimes de maltraitance ou attouchement dans l'enfance. Le retour à un corps féminisé peut-il faire resurgir des souvenirs, voire des reviviscences et s'exprimer par un état de stress post traumatique jusque-là réprimé?

L'excès de peau qui apparaît, la perte de poids insuffisante aux yeux de certains patients peuvent entretenir une appréciation de soi très négative, qui sur une fragilité pré existante, pourra agir comme facteur aggravant dans le déclenchement d'idées suicidaires.

Ainsi, les patients peuvent rencontrer de grandes difficultés à intégrer les modifications de leur corps, surtout si la perte de poids est rapide et importante, les confrontant à la déception face à leurs attentes magiques. D'autre part, la perte de poids espérée n'est pas toujours réelle, voire s'inverse : la reprise des kilos perdus fait alors vivre alors un sentiment d'échec (17).

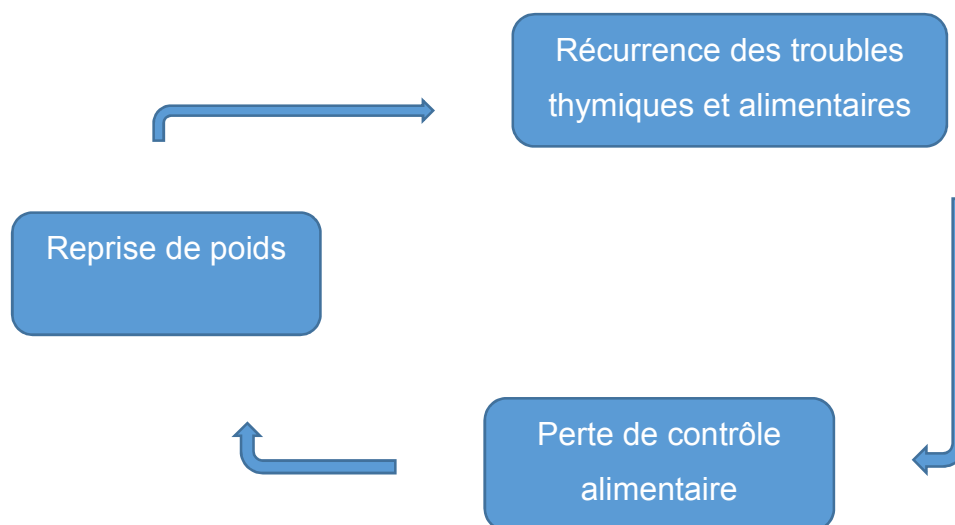
b. Liées à la reprise de poids

La reprise de poids après une phase d'amaigrissement fait resurgir les difficultés anciennes, nourrissant un sentiment d'échec et de découragement. Certaines comorbidités qui s'étaient résorbées réémergent comme le syndrome d'apnée du sommeil (symptômes résiduels fréquents à 1 an post-opératoire) ou le diabète (24% de récurrence voire aggravation après une période initiale de rémission après une RYGB, ou bien sans amélioration entre 5 et 16 ans après l'intervention pour 11% des patients (29))

Le niveau d'activité physique préalablement majoré, s'abaisse, combiné à la recrudescence des limitations physiques secondaires aux douleurs et à l'inconfort et psychologiques (la peur de se blesser, le manque de confiance en soi..). Le fonctionnement sexuel diminue avec parfois une problématique de fertilité secondaire à des troubles de la fonction érectile (29) à l'origine d'un handicap fonctionnel.

Environ la moitié des patients opérés d'un bypass gastrique reprennent du poids entre 24 et 60 mois de manière significative à 48 mois (4 ans) post-opératoire. (cf tableau 7). Selon Tindle et al (55), la reprise de poids pourrait participer à l'émergence d'affects dépressifs et conduire à un passage à l'acte suicidaire. L'inversion de l'évolution pondérale influence une accentuation ou une récurrence des troubles mentaux après 3 ans. La déception naît de la récurrence des comorbidités psychiques après une première phase de rémission.

Une revue de littérature (56) décrit également l'incrimination des raisons psychiatriques à ces suicides avec en première ligne les antécédents de tentative d'autolyse et les troubles dépressifs, intimement liés aux troubles alimentaires qui peuvent resurgir dans la moitié des cas. Car la présence d'une perte de contrôle alimentaire en post-opératoire prédit une moins bonne perte de poids à 12 et 24 mois, favorisant la dépression et la détérioration de la qualité de vie (76). Se dessine alors une boucle illustrant ce cercle vicieux, avec pour conséquence l'entretien de sentiments négatifs envers soi et son corps.



*Figure 8. Hypothèses de facteurs alimentaires et thymiques concourant à la reprise de poids après une chirurgie bariatrique*

## 2. Hypothèses neurobiologiques et pharmacologiques

Les interventions impliquant une gastrectomie entraînent des modifications pharmacocinétiques de certaines molécules comme l'alcool et les médicaments (29). Néanmoins la littérature ne dispose que de peu d'études dont le niveau de preuve est limité.

### a. Alcool

Le métabolisme de l'alcool se modifie à la suite d'une gastrectomie. Ainsi, comme la vidange d'un contenu gastrique réduit est accélérée, l'alcoolémie augmente de manière plus rapide, plus importante et plus durablement (29).

Par exemple, après l'absorption de 0.30g/kg d'alcool à 95%, le délai pour atteindre la concentration maximale (Tmax) est plus court de 20 minutes (10 vs 30), la concentration maximale (Cmax) est plus élevée (0.74 vs 0.58g/L) et reste élevée entre 10 et 20 minutes plus longtemps chez les patients opérés de bypass (RYGB) (77) avec des résultats similaires après une sleeve gastrectomie (29). L'augmentation de l'absorption éthylique au niveau jéjunal est observable rapidement, dès 6 mois après l'intervention (RYGB et sleeve gastrectomie) (12).

D'autre part, l'oxydation de l'éthanol assurée par l'alcool déshydrogénase gastrique est réduite : son activité et la durée de contact avec l'alcool dans l'estomac sont diminués

entraînant une atténuation de l'effet de premier passage<sup>2</sup> (29). Ceci n'a par contre été observé que dans le cadre d'un RYGB (et non après une sleeve gastrectomie ou un anneau gastrique) (58).

Ces remaniements métaboliques conduiraient à une plus grande sensibilité à l'alcool et une susceptibilité d'évolution vers des consommations excessives. Ils sont incriminés dans le risque suicidaire en raison de l'effet désinhibiteur et d'une majoration de l'impulsivité favorisant le passage à l'acte (55). Le risque d'abus d'alcool, observé à travers la prévalence augmentée en post-opératoire, est lui-même reconnu comme un facteur de risque suicidaire (56), d'autant que la consommation éthylique chronique peut se compliquer d'un état dépressif.

#### b. Médicaments

L'absorption des médicaments se produit majoritairement au niveau du jejunum et du duodenum et dans une moindre mesure au niveau du côlon. La biodisponibilité des molécules dépend également de l'effet de « premier passage hépatique » et des cytochromes (78), enzymes situées au niveau duodéal telles que le CYP450 3A4, impliquée dans le métabolisme d'une grande partie des médicaments (29).

Conjointement à la réduction du volume de distribution, la perte de masse grasse modifie le métabolisme des médicaments, en particulier les molécules très liposolubles. La modification de la biodisponibilité des molécules médicamenteuses s'observe dans les deux types d'interventions (78).

Tout d'abord, dans le cadre des procédures restrictives, on relève 2 mécanismes : la réduction de l'acidité et du volume gastrique.

-La diminution du volume gastrique influence la vitesse d'absorption des molécules liquides et à libération immédiate et augmente la dissolution des molécules solides.

-Lors d'une sleeve gastrectomie, le nombre de cellules pariétales impliquées dans la production d'acide gastrique diminue, ce qui augmente le pH intestinal à l'origine d'une altération de la solubilité des molécules (29). Les molécules basiques sont donc plus

---

<sup>2</sup> Métabolisme initial qui dégrade une partie d'une substance avant d'atteindre la circulation générale.

absorbées (réduction de la dissolution) et inversement pour les molécules acides (augmentation de la dissolution et diminution de leur perméabilité).

Dans le cadre des procédures malabsorptives, d'autres mécanismes sont décrits.

-L'intervention type RYGB conduit à raccourcir le temps de contact des molécules avec les sécrétions bilio-pancréatiques. Certaines molécules pour lesquelles l'absorption est facilitée par les sels biliaires (telles que la levothyroxine, la phénytoïne, la cyclosporine, le tacrolimus) sont donc moins assimilées.

De plus, la création d'un shunt diminue le temps de transit intestinal, ce qui altère l'absorption des molécules à libération prolongée et hydrosolubles. A l'inverse, ce shunt réduit le métabolisme intestinal assuré notamment par les cytochromes avant absorption. Les molécules métabolisées par ces cytochromes deviennent donc davantage biodisponibles.

L'ensemble des modifications et biochimiques laissent penser à une influence pharmacocinétique au niveau de l'absorption et de la solubilité des médicaments. Néanmoins, la littérature ne dispose que d'un nombre restreint d'études pour affirmer de telles conséquences et il semble que ces altérations dépendent aussi du type de médicament et du métabolisme propre à chaque individu. Les études citées répertorient un modèle in vitro, des séries de cas et des études comparatives avec des effectifs très réduits (78).

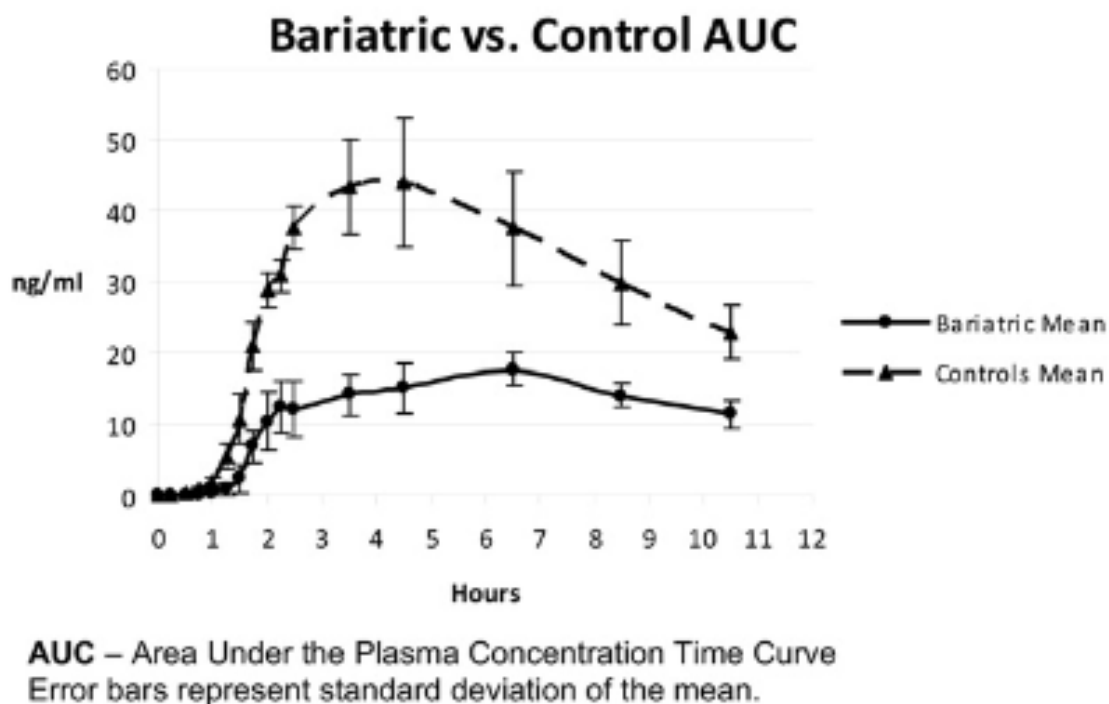
Le modèle in vitro met en avant des modifications de l'absorption de certaines molécules antidépresseurs (amitryptiline, fluoxétine, paroxétine, sertraline) en lien avec une diminution de la dissolution) alors que celle-ci reste inchangée pour d'autres (venlafaxine, citalopram).

Par ailleurs, Hamad et al ont conclu à une variation pharmacocinétique intra individuelle et selon le type de molécule. L'exposition à plusieurs antidépresseurs revenait inchangée à 6 à 12 mois post-opératoires alors qu'elle était réduite à 1 mois, comparativement aux données pré-opératoires.

Tandis que Roerig et al ont mené deux études dotées d'effectifs très modestes (n=10), explorant la biodisponibilité après RYGB de 2 antidépresseurs : la sertraline (79) et la duloxétine à 9-15 mois et 12 mois respectivement (80). Leurs résultats parviennent à une



réduction de l'exposition à ces molécules entre 2 à 3 fois inférieures à 1 an post-opératoire par rapport à un groupe contrôle (pour la sertraline : l'aire sous la courbe concentration/temps « AUC » et concentration plasmatique maximale significativement inférieures, et pour la duloxetine : AUC moyenne significativement inférieure et T max significativement plus court soit une exposition de 57.7%).



*Figure 9. Comparaison des niveaux de sertraline chez des patients opérés versus cohorte non opérée : évolution des concentrations au cours du temps, issu des travaux de Roerig et al.(79)*

Ces résultats malgré un niveau de preuve discutable questionnent le risque de récurrence des symptômes dépressifs chez des patients recevant un traitement antidépresseur déjà en pré-opératoire.

#### c. Peptides gastro-intestinaux et hormones de régulation de la prise alimentaire

Les données de la littérature s'accordent sur des modifications de sécrétion des peptides gastro-intestinaux et autres hormones régulant la prise alimentaire, à la suite d'une intervention bariatrique. Certaines études tentent d'expliquer le lien entre ces modifications et la suicidalité augmentée en post-opératoire.

Pour rappel, la prise alimentaire est régulée par le système nerveux central (tronc cérébral et hypothalamus) interagissant avec plusieurs médiateurs (peptides et hormones). Le système nerveux central est informé par feed back de l'état énergétique du corps et y répond en sécrétant des substances qui stimulent (orexigènes) ou inhibent (anorexigènes) la prise alimentaire, à court ou long terme. L'ensemble de ces mécanismes définissent l'axe adipotrope (81).

Le noyau arqué de l'hypothalamus comporte deux types de neurones aux effets contraires : l'un produisant le neuropeptide Y (NPY) et l'*agouti related peptide* (AgRP) et l'autre produisant la pro-opiomélanocortine (POMC), précurseur de l'*alpha melanocyte stimulating hormone* ( $\alpha$ -MSH). Le premier stimule la prise alimentaire tandis que le deuxième la freine. Les autres médiateurs impliqués dans l'axe adipotrope et leurs effets sur l'hypothalamus sont représentés par le schéma inclus dans l'annexe 5 (81)

L'estomac (la partie du fundus) et le duodenum sécrètent la ghréline qui stimule l'activité des neurones à NPY. Tandis que l'insuline et la leptine, sécrétées par le pancréas et le tissu adipeux respectivement, inhibent l'activité des neurones à NPY et stimulent celle des neurones à POMC. La ghréline est donc orexigène et l'insuline et la leptine sont anorexigènes (81). La durée d'action diffère : leptine et insuline agissent à long terme, et la ghréline à court terme (82).

A la suite d'un bypass en Y selon Roux, sont observés des modifications des taux de peptides gastro-intestinaux: soit diminués (leptine, orexine<sup>3</sup>) soit augmentés (ghréline, GLP-1)(72). Or, il semblerait que ces peptides agissent au niveau du SNC en particulier au niveau de certains processus centraux tels que l'humeur, l'anxiété et la cognition. Par exemple, l'augmentation de la concentration plasmatique de GLP1 contribuerait à une amélioration du diabète associée à une amélioration thymique et cognitive (RYGB) (29).

Plusieurs hypothèses sont avancées pour tenter d'expliquer le lien entre l'évolution des taux de peptides et l'impact thymique et anxieux.

---

<sup>3</sup> Neuropeptide sécrété par l'hypothalamus dorsal et latéral qui interagit avec l'axe hypothalamo-hypophyso-adrénocortico-surrénalien et augmente la sensibilité à la leptine.

Les taux de ghréline seraient initialement diminués puis réaugmenteraient. Chacun de ces changements aurait un impact thymique et/ou anxieux.

Ainsi, dans un premier temps, la sécrétion de ghréline serait réduite en pré prandial d'un RYGB (30) suite à la création d'un court-circuit du fundus (vrai aussi lors d'une sleeve ou d'une dérivation bilio-pancréatique) ce qui participerait à la perte de poids. Or, des taux diminués pourraient favoriser un état dépressif selon les travaux de Kluge et al sur l'effet antidépresseur de la ghréline. (83)

Dans le cas d'un bypass, la dissection du nerf vague, fréquente lors de cette intervention s'accompagnerait à la fois d'une réduction des taux de ghréline et d'une majoration de la symptomatologie dépressive. Deux possibilités : soit par l'intermédiaire des taux diminués de ghréline soit en lien direct avec le nerf vague, compte tenu des travaux récents de stimulation du nerf vague à visée antidépressive (56)...

Dans un second temps, ces taux augmenteraient avec la diminution de l'adiposité observée en post-opératoire (puisque inversement corrélés). Par son interaction avec l'axe hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien, la ghréline serait par ailleurs impliquée dans les comportements anxieux donc des taux supérieurs pourraient favoriser un raptus anxieux à l'origine d'un passage à l'acte autolytique (72).

En ce qui concerne les taux de leptine et l'insuline, ils sont proportionnels à la quantité de tissu adipeux. Ils évoluent donc vers une diminution en raison de la réduction de la masse grasse secondaire à la perte de poids. Or la leptine stimulerait la transmission sérotoninergique au niveau du SNC (tronc cérébral) et une activité réduite de la sérotonine serait associée aux tentatives d'autolyse et à l'agressivité. De plus, une moindre sécrétion de leptine (72) s'accompagne d'une moindre inhibition de NPY qui se traduirait par une augmentation de la prise alimentaire, pouvant amener à la recrudescence d'un trouble du comportement alimentaire et d'une reprise de poids...

En revanche, l'expression du NPY est diminuée au niveau central après une RYGB. Il pourrait exister un lien entre un taux faible de NPY ou l'altération de l'expression du récepteur et un comportement suicidaire ou une dépression chez les sujets opérés de chirurgie bariatrique. Car les individus ayant fait une tentative de suicide récente présentent des concentrations plasmatiques réduites de NPY, les taux les plus bas étaient retrouvés chez les sujets ayant fait plusieurs TA (29).

#### d. Autres facteurs biologiques

D'autres hypothèses sont avancées imputant l'altération de l'absorption du fer, des vitamines B1 et B12, des folates (29) mais également la correction de l'hypercholestérolémie. Des taux réduits de cholestérol limiteraient la plasticité synaptique, et altérerait la neurotransmission de sérotonine du fait d'une moindre fluidité membranaire des récepteurs de la sérotonine au niveau cérébral (72).

### 3. Hypothèse psychanalytique

La demande d'intervention, assimilée à une demande de destruction corporelle, place le chirurgien en position de toute puissance, et en capacité de soulager le patient qui devient objet (84).

Hilde Bruch (43) propose une hypothèse phénoménologique et distingue deux types d'obésité :

- l'obésité réactionnelle, où un traumatisme émotionnel entraîne une hyperphagie compensatrice afin d'éviter une décompensation dépressive ou psychotique (trouble réversible par la correction des difficultés)
- l'obésité de développement amenée par la théorie de la confusion des affects, (type le plus rencontré au sein des candidats à la chirurgie bariatrique)

Dès les premiers mois de vie, la mère, par défaut d'ajustement à la reconnaissance des besoins de l'enfant, induit une alimentation inappropriée (43) sous la forme d'un « gavage » comme réponse « systématique ». Par conséquent, l'identification de la sensation de faim n'est pas apprise et l'individu tend à confondre celle-ci avec ses émotions (49).

Les relations interpersonnelles dysfonctionnelles très précoces aboutissent ainsi à la construction d'une image de soi défailante. Le mal être qui découle de ce trouble de l'identité est soulagé par l'apport alimentaire, (43) qui lui-même est la réponse à toute émotion, en particulier les émotions négatives. Le sujet développe un comportement alimentaire discordant, boulimique ou hyperphagique, mais aussi une alexithymie<sup>4</sup>. Ces

---

<sup>4</sup> Difficulté voire impossibilité à identifier et exprimer ses émotions.

« conduites opératoires alimentaires » traduisent un « court-circuitage des affects ». L'ensemble de ces mécanismes fonde l'interprétation de l'obésité comme la fixation au stage oral (49).

En effet, le comportement alimentaire hyperphagique incarne une recherche inconsciente de nourriture, représentant l'amour de la mère (43). L'alimentation vient combler un vide, celui du « grand Autre maternel », révélant une construction déficitaire de la relation à l'objet primaire ainsi qu'un attachement insécure (84). L'incorporation de nourriture nie la dépendance à l'Autre (84) et agit comme une forme de satisfaction régressive qui s'élabore comme un moyen de défense contre les conflits intrapsychiques et les frustrations du quotidien (43).

C'est ce qu'énonce Bergeret (85), selon qui, l'individu au travers des troubles du comportement alimentaire, tente de se défendre contre les déficiences psychiques occasionnelles et met en œuvre des stratégies de coping<sup>5</sup> inadaptées .

Les remaniements anatomiques chirurgicaux empêchent de manière mécanique la poursuite d'un comportement hyperphagique : comment alors ce vide est vécu et comment le gérer autrement ? L'intervention ne se limite pas au système digestif, elle bouscule également l'enveloppe psychique.

Lors de la tétée, qui correspond à la « première relation précoce avec l'objet », le bébé intériorise le « bon sein ». Il se constitue ainsi une « enveloppe psychique » appelée première peau psychique ou concept du « moi-peau » selon Anzieu (1985), où le corps agit comme une barrière entre le moi et le non-moi. Cette limitation s'acquiert au gré des relations entre le sujet et l'entourage, entre l'intérieur et l'extérieur. Le corps délimité procure un sentiment d'identité fort. Le fait de s'alimenter rappelle cette enveloppe psychique car manger c'est incorporer un corps étranger à l'intérieur de soi (43).

Néanmoins, chez les sujets en obésité, le lien primaire défaillant ne peut aboutir à construire une enveloppe solide. Pour pallier à la fragilité du contenant maternel, le sujet se construit une seconde peau « surprotectrice ». Cette deuxième peau conforte le principe d'une obésité comme tentative de contenance psychique puisque le sujet perd conscience

---

<sup>5</sup> Capacité à « faire face », pensées et actes développés par une personne pour réduire le stress engendré par des événements ou des problèmes.

de ses limites corporelles internes et externes, alimentant une image de soi négative et défaillante.

Selon l'approche psychosomatique, elle provient d'une « conflictualité interpsychique de la sphère psychoaffective ». Or la perte de poids, comme la reprise de poids le cas échéant, bouleverse les limites corporelles et induit donc des remaniements psychiques. Le corps qui agissait comme carapace de protection contre les autres (et contre lui-même) est transformé. L'ébranlement de l'enveloppe psychique attaque l'identité d' « obèse », le Soi (49).

Comment l'individu gère-t-il alors ses émotions et sa relation aux autres ? Comment survit-il au regard social ? Quels moyens de défense reste-il et que devient l'alimentation émotionnelle ? Les comportements suicidaires représentent-ils l'ultime moyen de défense contre des tensions psychiques insupportables ?

#### **4. Dimensions imaginaire, réelle, symbolique**

Les patients candidats à la chirurgie bariatrique mettent régulièrement en avant une souffrance en lien avec leur vécu corporel. Ce vécu fait écho aux exigences de la société actuelle basée sur la dominance de la minceur. Pourtant, les perceptions corporelles varient selon les ethnies au gré des différentes normes sociales et culturelles. L'insatisfaction du corps concernerait davantage les femmes issues des ethnies caucasiennes que celles issues des ethnies africaines (42).

Le vécu corporel peut s'appréhender au travers de la représentation de soi, notion qui englobe l'image du corps, le schéma corporel et la personnalité (identité psychique).

L'image du corps est la représentation psychique de soi. Elle se construit à partir des ressentis proprioceptifs, du vécu affectif (en particulier dans la relation avec l'objet primaire et les expériences relationnelles), et du lien entre le somatique et le psychique, selon ce que le sujet vit (Schilder 1950). « Elle donne naissance au sentiment de Soi » (Dolto 1984).

Tandis que le schéma corporel désigne l'aspect cognitif et neuro-anatomique de la représentation de soi, "relativement indépendant de la vie affective" (49)

Située « au centre de la vie psychique, affective et sociale », la représentation de soi agit comme contenant psychique. Elle traduit une « triple interaction avec soi-même, autrui

et l'environnement physique ». Elle est évolutive au gré des changements relationnels et corporels (86).

L'intervention modifie le schéma corporel mais ne prétend pas réparer les défaillances de l'image de soi. Pourtant l'essentiel des attentes magiques se fonde sur l'espoir que le bistouri améliorera aussi l'image corporelle (49). L'image corporelle est en effet déjà fragilisée en pré-opératoire par d'importantes distorsions cognitives, au point parfois d'atteindre une perception totalement erronée du corps : la dysmorphophobie ou peur d'une dysmorphie corporelle. Malheureusement, la dysmorphophobie n'est pas corrigée en dépit de la perte pondérale et persiste en post-opératoire (42).

Dolto rappelle que « c'est grâce à notre image du corps portée par -et croisée à- notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. ». Elle explique le retentissement d'une mauvaise image corporelle dans la relation à l'autre. L'impact de la stigmatisation construit et entretient une image de soi péjorative puisque « tout contact avec l'autre est sous-tendu par l'image du corps, car c'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente » (Dolto 1984)(84).

L'approche somatopsychique distingue par ailleurs le « corps biologique », apparent et visible de l'extérieur, et le « corps propre » tel qu'il est appréhendé par le sujet de l'intérieur qui dépend d'une "réalité subjective". Ce corps propre " tel qu'il est en train d'être vécu" s'oppose ainsi au corps "vécu" mémoriel (86).

La problématique qui touche les patients souffrant d'obésité renvoie au sentiment de continuité d'exister ("l'un des enjeux de la vie (...) du sujet est de s'approprier son propre corps afin de créer un sentiment de continuité d'exister"). Claudon et al (86) en explorant le vécu de soi, découvrent que ce sentiment est déjà instable en pré-opératoire. L'étude menée auprès de patients en obésité morbide en attente de chirurgie bariatrique explorait le vécu de soi par une double évaluation : quantitative externe (autoquestionnaires sur le comportement alimentaire, la dépression et l'anxiété) et qualitative interne (test projectif de Rorschach).

Les auteurs relevaient la présence d'une véritable souffrance psychique sans qu'il y ait nécessairement l'expression clinique d'un trouble affectif ou émotionnel (sous la forme

d'une anxiété ou d'une dépression). D'autre part ces patients ne pouvaient faire le lien conscient entre leurs conduites alimentaires et les bouleversements psychiques.

Les résultats au test projectif témoignaient d'une perturbation de la représentation de soi et du sentiment de continuité de soi en lien avec des limites corporelles floues, la difficulté à exprimer les sensations corporelles et le défaut de symbolisation favorisant la scission entre l'acte et l'émotion.

Finalement, cette fragilité réelle mais discrète cliniquement naît de l'angoisse du corps vécu, d'une altération de l'image de soi jusqu'à une « déstabilisation profonde de l'identité et de la capacité à faire face aux évènements narcissiques/corporels et relationnels/sociaux ».

Les auteurs insistent sur la présence d'un « trouble de la stabilité de l'organisation psychique » pouvant décompenser à l'occasion de l'intervention bariatrique, avec un impact sur la santé générale.

Les patients sont confrontés à un corps qui change rapidement : une perte de poids massive risque de bouleverser cette identité de soi auparavant fragile et oblige à des remaniements psychiques considérables. C'est pourquoi les auteurs soutiennent l'intérêt d'une exploration du vécu de soi en pré et en post intervention, sur une période d'au moins 12 mois (86).

La chirurgie change le corps réel, c'est-à-dire le corps physique qui « contient tous nos ressentis physiques et nous donne le sentiment d'être ». Elle impacte à la fois le corps imaginaire, reflet du miroir, « image spéculaire qui suscite des projections révélant ce que nous vivons dans notre monde interne » (Nasio 2007) et le corps symbolique, « signifiant dans la réalité somatique, affective et sociale du sujet » (49). Ces modifications corporelles se révèlent parfois très difficiles à intégrer et à accepter au plan psychique (58). Le décalage entre l'image libidinale d'un corps gros s'opposant à l'image spéculaire d'un corps amaigri nourrit une souffrance narcissique et des angoisses (49).

La perte de poids post chirurgicale par le remaniement identitaire qu'elle provoque vient bouleverser un équilibre somatopsychique déjà fragile. Les changements du corps réel influencent le corps propre et contraignent le sujet à s'adapter. D'ailleurs la reprise de poids qui peut s'observer dans un second temps peut s'interpréter comme le reflet d'une difficulté identitaire (86).



De la même façon que le membre fantôme continue de se « manifester » malgré son absence, le "gros corps fantôme" continue de sévir malgré un amaigrissement efficace. Le cas de patients continuant de porter la même taille de vêtements illustre tout à fait ces difficultés psychiques.

Ainsi le remodelage du corps qui se produit en post-opératoire peut agir comme frein à l'amélioration de l'image corporelle, notamment lorsque les patients constatent les excès de peau distendue par la perte de poids...(58). La chirurgie ne résout donc pas obligatoirement ces perceptions corporelles erronées et peut les aggraver. Le bistouri redécoupe les contours du corps à la manière de ciseaux mais le bloc opératoire ne fournit pas les crayons de couleurs indispensables pour colorier l'image corporelle.

## 5. Incidence relationnelle

Le remodelage du corps influence les relations interpersonnelles et oblige le ou la conjoint(e) à s'adapter à la nouvelle image de l'autre, perturbant parfois le fonctionnement conjugal et sexuel. Un pouvoir de séduction accru et le développement des contacts sociaux peuvent susciter un sentiment de jalousie et d'insécurité exacerbant les conflits conjugaux (87). Les changements du corps impliquent parfois des changements de comportement et de personnalité (29).

Lors des conflits relationnels, ces patients tendent à s'assimiler à un fardeau et ressentir un sentiment de non appartenance, pouvant faire le lit des conduites suicidaires (29).

Pour résumer, les principaux facteurs incriminés dans le risque suicidaire post-opératoire sont :

- en pré-opératoire et indépendamment de la procédure chirurgicale (56).
  - l'association étroite entre dépression et obésité morbide,
  - la prévalence élevée d'idées suicidaires et d'antécédents de TA parmi les candidats (73 fois plus) (38).
  - la fréquence du trouble de personnalité borderline marquée par l'impulsivité et l'irritabilité et des antécédents d'abus ou de maltraitance dans l'enfance,

- la prédominance féminine, chez qui le taux de suicide est 4 fois plus élevé par rapport aux hommes (42).
- -la question se pose également sur la qualité de la « sélection » des patients pour l'intervention, en particulier du respect des indications et contre-indications (limites d'IMC, antécédent d'échec d'un traitement médical, stabilité d'un éventuel trouble psychiatrique préexistant) si les patients ont déjà rectifié au préalable leurs habitudes alimentaires et l'activité physique,
- en post-opératoire (56):
  - insuffisance de la perte pondérale suivie ou non d'une reprise de poids (29), et leurs « effets collatéraux » (tablier abdominal, impact sur l'image corporelle et les relations avec autrui) (17),
  - recrudescence de troubles psychiques et/ou somatiques,
  - conflit entre attentes et réalité.

Toutefois considérer l'intervention bariatrique comme un facteur de risque suicidaire indépendant n'est pas démontré. Il reste difficile d'affirmer si le risque suicidaire est réellement majoré par la chirurgie bariatrique (dont l'échec et/ou les conséquences agiraient comme facteurs déclenchants), ou lié aux caractéristiques intrinsèques des sujets et spécifiquement l'extrême fréquence des fragilités psychologiques.

## **IV. L'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE PRE-OPERATOIRE**

L'évaluation psychiatrique est prévue pour tous les patients par les recommandations de l'HAS dans le cadre du parcours de soins.(5)

### **A. INDICATION D'UNE EVALUATION PSYCHOLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE EN AMONT ET ROLE DU PSYCHIATRE**

Cette consultation est assurée par un médecin psychiatre et/ou par un psychologue. Il vérifie l'indication chirurgicale et aborde l'état psychique au travers des fragilités et des ressources du patient. Le principal but est de se prononcer sur la compatibilité de l'état psychique avec une chirurgie bariatrique.

Pour rappel, l'HAS (5) en définit les objectifs et le contenu :

- « identifier les contre-indications psychiatriques à la chirurgie (troubles mentaux sévères, comportements d'addiction, etc.)
- évaluer la motivation du patient, sa capacité à mettre en œuvre les changements comportementaux nécessaires et à participer à un programme de suivi postopératoire à long terme
- évaluer les déterminants et les conséquences psychologiques de l'obésité
- évaluer les connaissances du patient (en matière d'obésité et de chirurgie). Le patient doit avoir les ressources intellectuelles et les connaissances suffisantes pour fournir un consentement éclairé
- évaluer la qualité de vie et déterminer les facteurs de stress psychosociaux, la présence et la qualité du soutien sociofamilial
- proposer des prises en charge adaptées avant chirurgie et d'orienter le suivi en post-opératoire. »

La plupart des recommandations européennes (4,18) et américaines (12,19) requièrent cette consultation au sein d'une évaluation globale en tant qu'étape obligatoire avant la décision d'opérer et pour garantir la sécurité et la réussite de l'intervention.

Le préavis psychiatrique vise à repérer les contre-indications psychiatriques, et le cas échéant il amorce un processus thérapeutique. Le praticien est amené à détecter d'éventuelles difficultés psychologiques avec ou sans trouble spécifique, et ce, avec une grande vigilance puisqu'une partie des candidats adoptent une présentation "favorable" en sous-estimant leurs difficultés par peur de se voir refuser l'intervention.

Il est important de repérer d'éventuels troubles non documentés en distinguant un épisode dépressif caractérisé « authentique » d'une dépression secondaire aux conséquences de l'obésité morbide (19). Au besoin, il oriente vers une prise en charge adaptée (indication d'un soutien psychothérapeutique post-opératoire pour 5 à 10 % des candidats (15). Celle-ci pourra être assurée par un professionnel externe ou non à l'équipe, qui se concertera avec elle et anticipera le suivi post-opératoire. La décision de reporter ou d'infirmier la chirurgie afin de prévenir le risque d'une décompensation en post-opératoire se posera lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

D'après l'ensemble des recommandations (12,19) et des données de littérature (15,30,88) afin de préciser le profil psycho(patho)logique du candidat et documenter s'il est stable émotionnellement, il convient :

- de recueillir :
  - Les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, spécifiquement les antécédents suicidaires, TCA, troubles de l'humeur et abus de substances,
  - L'histoire pondérale avec l'anamnèse de l'obésité : âge de début et contexte, précédentes tentatives de perte de poids, facteurs prédisposants, déclenchants, favorisants, de maintien ainsi que l'impact de l'excès de poids sur l'état psychique, la vie sociale et la qualité de vie,
  - Le niveau de sophistication, les traits de personnalité, les ressources et les stratégies pour "faire face" (coping), le caractère impulsif, les mécanismes de défense,
  - Le mode de vie, scolarité, formation et/ou activité professionnelle,
  - L'hygiène alimentaire et physique,
  - L'environnement social et familial, la qualité de l'étayage,

- Les attentes et motivations pouvant être d'ordre fonctionnel (réduire les symptômes physiques), esthétique, médical, affectif ou social,
- et d'analyser les capacités à :
  - intégrer les changements nutritionnels et comportementaux ainsi que la compliance aux recommandations pré et post-opératoires au long cours (reconnue comme un facteur de réussite à la fois pondéral et psychologique),
  - donner son consentement éclairé compte tenu des connaissances du type d'intervention, des bénéfices et des risques,
  - se projeter sur l'après-chirurgie : les modifications et image du corps, les conséquences sur les habitudes alimentaires, l'hygiène de vie, les relations interpersonnelles, les éventuels obstacles et ressources identifiés
  - d'alliance avec le médecin traitant.

L'HAS (6) ne précise pas quels risques sont renseignés au patient. On suppose que les risques propres à l'intervention ont été communiqués par le chirurgien, mais quid des conséquences psychiques prévisibles ?

## **B. REEVALUATION ET PRECISION DES CONTRE-INDICATIONS PSYCHIATRIQUES**

Entre 3 et 20 % des candidats sont exclus pour des motifs psychiatriques (27) : les contre-indications diffusées par l'HAS sont-elles suffisamment précises pour motiver un refus d'intervention ?

Selon les programmes, l'identification de contre-indications relatives ou absolues diffère. Une étude révèle l'hétérogénéité de la notion de contre-indication en fonction des équipes, en dépit d'une certaine unanimité selon les items. La grande majorité des répondants étaient représentée par des chirurgiens, contre seulement 13.6% des psychologues sur 188 programmes en 2004 (89). Les réponses fournies pourraient être classées selon 3 catégories :

- Les contre-indications « plutôt absolues » lorsque les critères étaient reconnus comme CI absolue par :
  - une très grande majorité des répondeurs (supérieur ou égal à 69%):
    - retard mental sévère (QI<50),
    - abus actuel d'alcool ou de substances,
    - symptômes actifs de schizophrénie
    - absence de connaissance suffisante de la chirurgie,
  - la majorité (entre 51 et 70%) :
    - absence de compliance,
    - attente magique par rapport à la perte de poids,
    - antécédents multiples de TA,
    - symptômes actuels de trouble bipolaire, dépression,
    - TOC,
    - TA récente.
- Les contre-indications estimées de manière quasi-équivalente autant absolues que relatives : BED actif, QI entre 50 et 70, antécédent d'épisode dépressif majeur
- Les contre-indications « plutôt relatives » :
  - hospitalisations psychiatriques au cours des 12 derniers mois,
  - antécédent de plusieurs hospitalisations,
  - antécédent d'abus de substance chronique au cours des 5 dernières années,
  - symptômes actifs de schizophrénie,
  - trouble de personnalité antisociale et borderline,
  - antécédent de TA supérieure à 1 an,
  - antécédent de BED,
  - perte sociale récente,
  - présence d'un autre TCA,
  - trouble bipolaire ou TOC stabilisés.

Une seconde étude avait interrogé des professionnels de santé mentale, relativement expérimentés (en moyenne 13 évaluations par mois, exerçant ce type d'évaluation depuis en moyenne 4 ans) parmi 194 équipes en 2005 (88). Les contre indications psychiatriques (absolue ou relative, sans précision) citées concernaient :

- en majorité les problématiques addictives : abus ou dépendance à une substance (44,3 %) et les TCA (41,8 %),
- puis les troubles psychotiques (30,9 %),
- les troubles dépressifs (25,8 %) et le suicide (25,8%) incluant les idées suicidaires et les antécédents de tentatives d'autolyse
- les troubles de personnalité (16,5 %),
- et dans une moindre mesure les troubles, anxieux (6,7 %), bipolaires (5,2 %) et antécédent d'abus dans l'enfance, ainsi que les antécédents d'hospitalisations en psychiatrie (5,7 %).

Finalement, un préavis psychiatrique/psychologique peu consensuel associé à des contre-indications parfois trop approximatives laissent place à une grande variabilité des évaluations et des motifs de refus.

D'autre part, est-il possible de préciser davantage les recommandations tout en préservant la subjectivité de l'évaluateur ?

### **C. LES ECHELLES D'ÉVALUATION : UN OUTIL COMPLÉMENTAIRE**

Afin d'accéder à des informations peu accessibles en entretien, celui-ci peut être complété par des tests psychologiques (19) comme des tests objectifs de personnalité ou des tests psychopathologiques(12).

Les données de la littérature révèlent que la plupart des évaluations s'accompagnent effectivement d'une échelle spécifique mesurant une symptomatologie particulière (88):

- L'exploration des symptômes dépressifs était la plus fréquente (51.5%), essentiellement par le Beck Depression Inventory (BDI),
- Suivre des troubles du comportement alimentaire (36.1%) explorés autant par le Questionnaire of Eating and Weight Patterns que l'Eating Disorders Examination Questionnaire ou le Eating Disorder Inventory,

- Puis la symptomatologie anxieuse (18%) par le Beck Anxiety Inventory,
- Et enfin, la psychopathologie générale (15.5%) via un test de personnalité dans 63.4% avec le MMPI en majorité
- Certains (38.1%) évaluaient même les fonctions cognitives avec le Mini Mental State Examination (MMSE)

Le préavis psychiatrique vérifie l'état psychique actuel : la présence d'idées suicidaires à l'entretien pré-opératoire figure, malgré l'absence de consensus, comme une contre-indication à l'intervention. Néanmoins, leur absence ne prédit pas nécessairement l'absence de comportement suicidaire en post-opératoire. Il est important d'assurer une préparation optimale et de pouvoir suivre les patients bien après l'intervention, et ce d'autant que la procédure est irréversible. Quels sont les cibles de la prévention du risque suicidaire ? Comment limiter les désordres psychiques et accompagner au mieux ces patients ?



## **V. LA PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE EN POST-OPERATOIRE**

### **A. AMELIORER L'EVALUATION PSYCHIATRIQUE PRE CHIRURGICALE**

#### **1. Plus d'homogénéité dans les pratiques : associer questionnaires et entretien clinique**

Les recommandations sur la nécessité d'une évaluation psychologique et psychiatrique sont claires. Ni le déroulement ni les modalités ne sont précisées, probablement pour laisser une certaine liberté d'évaluation propre à chaque praticien. Néanmoins, l'apport d'un cadre plus défini pourrait contribuer à optimiser l'évaluation psychique pré-opératoire et, en homogénéisant les pratiques, d'améliorer la qualité des études menées au sein de cette population.

##### **a. Questionnaires**

Les recommandations internationales préconisent un entretien clinique assorti d'auto ou hétéro-questionnaires (6), en particulier pour explorer des symptomatologies singulièrement fréquentes au sein de cette population. En pré-opératoire une évaluation à la fois par un psychiatre et par un psychologue serait plus précise et plus complète (homogène). Un autre intérêt lors du suivi post-opératoire serait la possibilité de répéter la passation de ces échelles dans le but de suivre l'évolution clinique et aider à détecter d'éventuelles difficultés.

Les outils pour explorer les troubles du comportement alimentaire utilisés lors des études ou proposés par les recommandations sont tous réalisés par autoévaluation (6,19,30,90) (cf Annexe 4).

Il existe deux manières d'évaluer les troubles du comportement alimentaire : globale ou ciblée.

Quatre tests offrent une exploration globale du comportement alimentaire :

- Three Factors Eating Questionnaire (TFEQ), non spécifique des sujets obèses,
- Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q),
- Eating Disorder Inventory (EDI) cible les aspects psychopathologiques,
- Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) évalue en outre les facteurs déclenchants des épisodes de BED.

L'évaluation ciblée porte sur un type de trouble spécifique :

- Questionnaire of Eating and Weight Pattern (QEWP-R) interroge les troubles alimentaires (binge/boulimie, conduites de purge) sur les 3 mois précédents, l'impact du poids et de la silhouette sur l'estime de soi, l'estimation de la silhouette des parents et l'histoire pondérale avec les antécédents familiaux,
- Binge Eating Scale (BES) permet le dépistage du BED chez le sujet obèse,
- Binge Eating Questionnaire (BEQ) utilisé pour le dépistage et le diagnostic des comportements boulimiques et validé auprès des sujets obèses,
- Bulimia test (BULIT) dépiste les comportements boulimiques « occasionnels » ou « authentiques ».

Le choix des domaines explorés comme celui de l'outil privilégié reste à l'appréciation de l'équipe. Il est envisageable d'explorer les troubles de l'axe I via un entretien semi-structuré (Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis I, Clinical Version, SCID-I:CV) ou bien de recourir à une série de tests rapides scrutant l'état dépressif et anxieux, les troubles des conduites alimentaires (incluant éventuellement un questionnaire plus spécifique du BED).

En revanche, des échelles trop spécifiques comme le BDI (Beck Depression Inventory) mesurant l'intensité de la dépression clinique ne sont probablement pas indiquées dans le cadre d'un préavis psychiatrique qui a une fonction de dépistage.

A l'état thymique, anxieux et alimentaire, doit s'associer l'estimation de la qualité de vie. L'HAS (6) recommande en effet son évaluation au cours du suivi post-opératoire. Il conviendrait de l'examiner en pré-opératoire, afin de fonder un point de comparaison et d'appréhender son évolution.

On dispose principalement d'autoquestionnaires, courts (15-20 min) explorant le bien être physique, l'estime de soi, la sexualité, le travail et les interactions sociales. Les outils suivants ont spécifiquement été développés à l'attention des sujets en obésité morbide :

- Impact of Weight on Quality of Life (IWQOL) et l'Impact of Weight on Quality of Life- Lite (IWQOL-Lite) estiment l'impact du poids sur la qualité de vie chez les sujets obèses,
- Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS) analyse les résultats bariatriques sur les plans de la perte de poids, l'évolution de l'état de santé et la qualité de vie,
- Obesity Adjustment Survey-Short Form (OAS-SF) mesure uniquement les désordres psychologiques liés à l'obésité,
- Moorehead-Ardelt Quality of life Questionnaire II (M-A QoLQ-II) spécifiquement conçue pour apprécier la qualité de vie à la fois en pré et en post-opératoire (des 5 domaines précédemment cités ainsi que du comportement alimentaire).

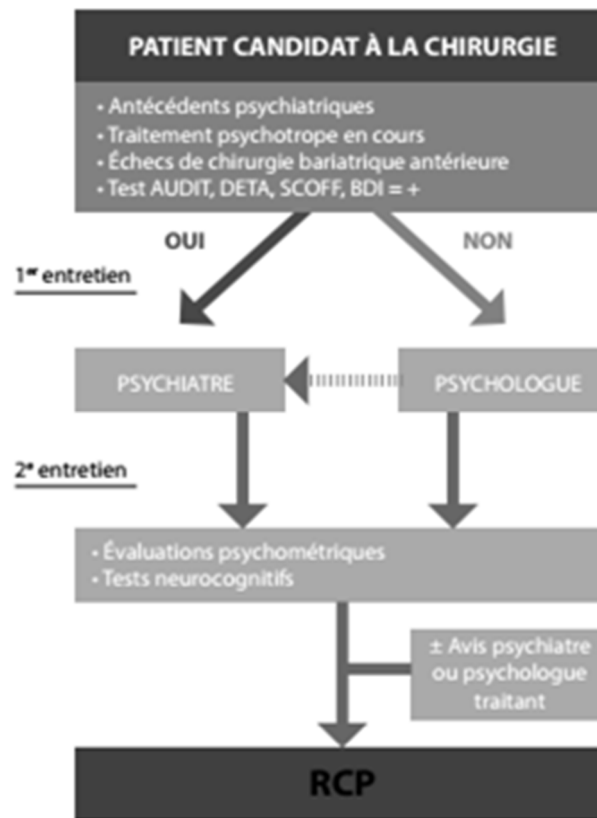
L'HAS en retient trois, spécifiques de l'obésité morbide et de validité et fiabilité satisfaisantes : OAS-SF, M-A QoLQ II et le BAROS.

D'autre part, des outils "généraux" c'est-à-dire qui s'adressent à la population générale peuvent être sollicités(19) : l'OMS 36-item Short Form Health Survey (SF-36), le Quality of Life Questionnaire (QLQ), le Quality Of Life Inventory (QOLI). Enfin, l'échelle visuelle analogique (EVA) et l'échelle numérique (EN) représentent d'autres moyens simples et rapides pour mesurer la gêne dans la vie quotidienne(91).

Certains services s'intéressent de surcroît aux traits de personnalité et utilisent différents tests :(19,90): Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 (MMPI-2), Symptom Checklist 90 (SCL-90), -Neuroticism, Extraversion, Openness to Experience— Five Factor Inventory (NEO FFI), Utrecht Coping List (UCL), Basic Personality Inventory (BPI), Personality Assessment Inventory (PAI)... Intégrer un test de personnalité n'apparaît pas indispensable lors de l'avis pré-opératoire, d'autant que généralement la durée de réalisation est longue (entre 45 et 90 minutes : MMPI, SCID). De plus, le praticien parvient généralement à distinguer certains traits de personnalité sans avoir besoin d'un test spécifique. Toutefois, il peut s'envisager dans un deuxième temps si les traits de personnalité identifiés justifient d'une prise en soins et d'un report du projet d'intervention.

#### b. L'entretien clinique

Dans cette optique de coopération psychiatre/psychologue, une équipe lyonnaise (92) propose le protocole d'évaluation suivant un arbre décisionnel orientant soit vers un psychologue ou un psychiatre soit les deux.



*Figure 10. Organigramme de l'orientation de l'évaluation psychiatrique pré-opératoire, issu des travaux de Iceta et al., 2015 (92).*

Au préalable, lors de l'évaluation somatique, le patient remplit plusieurs questionnaires explorant la dépression (BDI), les troubles des conduites alimentaires (SCOFF) et la consommation d'alcool (AUDIT, DETA). L'évaluation psychiatrique/psychologique s'effectue en deux temps :

- D'abord un entretien clinique recueillant l'anamnèse, la motivation, les contre-indications etc. Cet entretien sera assuré par un psychiatre si les résultats aux tests sont positifs et/ou en présence d'un antécédent psychiatrique (en particulier tentative de suicide) et/ou d'un traitement psychotrope, ou bien s'il s'agit d'une deuxième demande de chirurgie ; dans les autres cas, par un psychologue.
- Suivie de la passation de tests psychométriques (auto ou hétéro questionnaires) explorant les troubles les plus fréquents, au minimum l'humeur, l'anxiété, les TCA et l'estime de soi. Ces tests pourront être complétés par une évaluation neurocognitive examinant l'impulsivité, la flexibilité et les capacités mnésiques.

- Enfin, l'équipe sollicite l'avis du psychiatre ou psychologue traitant le cas échéant, qui ne peut suffire à lui seul car le préavis nécessite une certaine neutralité et objectivité.

Les modalités du préavis peuvent changer, si le discours du patient diverge selon le professionnel. Par exemple, il peut évoquer un trouble alimentaire lors de la consultation avec le médecin nutritionniste mais l'omettre lors de la consultation psychiatrique. Dans ce cas, il conviendra de proposer une consultation conjointe (28) et de rappeler au patient, que ni le nutritionniste ni le psychiatre ne peut s'imposer dans la décision mais qu'elle est issue d'une discussion pluridisciplinaire.

D'un point de vue chronologique, le préavis psychiatrique ne devrait pas se situer trop à distance de la date d'intervention. En effet, plus ce délai est long plus l'évaluation perd de sa fiabilité et de sa justesse. L'association européenne de chirurgie endoscopique recommande un délai minimum de 3 mois entre les deux (93). La durée de l'entretien est fixée quant à elle à 60 minutes en moyenne (28).

#### c. Intérêt d'une formation des praticiens spécifique

Les pratiques d'évaluation sont très variables, tout comme l'identification des contre-indications psychiatriques. Une étude a démontré que le pourcentage d'avis négatifs quant à une opération bariatrique est inversement proportionnel à l'âge et au nombre d'années de pratique du spécialiste (88).

Les recommandations américaines et européennes considèrent que seuls des professionnels expérimentés doivent mener cette évaluation, c'est-à-dire qui justifient d'une expérience des patients postulants à la chirurgie bariatrique(6).

La question se pose sur la détermination d'une formation spécifique, sa mise en place et son contenu. La suggestion d'une formation complémentaire en addictologie permettrait de mieux appréhender les troubles addictifs (y compris alimentaires) très fréquents dans cette population(28), formation associée notamment à des connaissances nutritionnelles et chirurgicales.

## 2. Identifier et rechercher les éléments de vulnérabilité

La notion de « facteur de risque » n'est pas établie, la recherche de facteur de risque ne figurant pas comme objectif primaire des études. Néanmoins il semble que déjà en pré-opératoire, certains éléments de fragilité peuvent être repérés et réévalués lors d'un deuxième entretien et au cours du suivi.

Compte tenu des données de la littérature, il convient ainsi d'être particulièrement attentif à plusieurs éléments en pré comme en post-opératoire.

### a. En pré-opératoire

- La présence d'antécédents psychiatriques, en particulier :
  - les troubles de l'humeur, dont ceux ayant nécessité une hospitalisation, car ils représentent un facteur de risque d'hospitalisation post-opératoire pour tentative de suicide (OR=11.96, IC 95% [4.37-32.73],  $p<0.001$ )
  - les antécédents suicidaires: tentatives d'autolyse (62) et idéations suicidaires,
- La présence d'un trouble psychiatrique actuel surtout un épisode dépressif majeur,
- L'intensité des attentes magiques,
- Une estime de soi fragile, image corporelle particulièrement négative (facteurs pré-opératoires jouant un rôle majeur dans la santé mentale post-opératoire (65),
- Des difficultés d'observance des règles hygiéno-diététiques.

### b. En post-opératoire

- Une reprise de poids, surtout entre les deuxième et cinquième années,
- La récurrence des comorbidités :
  - somatiques : SAS, diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires et douleurs physiques,
  - psychiatriques : trouble dépressif, anxieux ainsi que les troubles du comportement alimentaire (BED),
- Des consommations d'alcool induisant une plus grande impulsivité,

- La manifestation de complications chirurgicales gastro-intestinales (facteur prédictif d'hospitalisation pour comportement auto-agressif tel que intoxication médicamenteuse volontaire, consommation de toxiques et automutilation; OR=2.02, IC 95% [1.11-3.70],  $p < 0.022$ ) (62).

c. En péri-opératoire

Les facteurs communs en pré et post-opératoire sont :

- L'âge et le sexe : le sexe féminin semble plus vulnérable, même si les taux de suicide sont supérieurs chez les hommes. Les taux de tentative d'autolyse les plus élevés sont observés chez les sujets âgés de plus de 35 ans (RR=1.76 (1.05-2.94)  $p=0.03$  (60) tandis que la surmortalité par suicide est supérieure chez les femmes de moins de 35 ans et chez les hommes entre 45 et 54 ans (55).
- L'absence ou faiblesse d'un support social et/ou familial,
- Un niveau social défavorisé, des revenus faibles (RR= 2.09 (1.20-3.65)  $p=0.01$ ), une vie en milieu rural (RR=6.49 (1.42-29.63),  $p=0.02$ ) (60).

En sus de ces éléments de vulnérabilité, l'attention portera également sur les facteurs de risques « généraux » (94) c'est-à-dire indépendants du sujet opéré de chirurgie bariatrique :

- les facteurs individuels : estime de soi faible, caractère impulsif et/ou rigide, maladie physique
- les facteurs familiaux : antécédents suicidaires familiaux, violence ou abus
- les facteurs psychosociaux: isolement social, faible cohésion familiale, événement de vie négatif (perte ou séparation récente, échec, chômage..).

Si l'on considère la crise suicidaire chez le sujet opéré (95) :

- L'état d'équilibre initial est rompu par un ou plusieurs des éléments de fragilité cités, Le sujet recherche alors activement des solutions à sa souffrance (dont les conduites boulimiques ou binge), plus ou moins efficaces,
- menant à un état de vulnérabilité où le patient se désorganise,

- jusqu'à l'état de crise avec passage à l'acte.

En parallèle, il convient de rechercher les facteurs de protection : la qualité de l'étayage, la capacité de résilience et spécifiquement pour ces patients l'augmentation de l'activité physique amenée par la rectification de l'hygiène de vie, qui aurait un effet positif sur la santé mentale (56) (augmentation du niveau d'activité physique dans les six premiers mois post-opératoires avec un élargissement du périmètre de marche(29)).

### 3. Préciser les contre-indications

La littérature et les recommandations internationales suggèrent des contre-indications parfois relatives parfois absolues (lorsque le trouble n'est pas stabilisé et/ou résistant au traitement), accordant une grande subjectivité à l'évaluateur. En effet, aucun consensus clair n'a été mis au point sur les contre-indications d'ordre psychiatrique.

Toutefois, l'exclusion du circuit bariatrique ne doit pas répondre à des impératifs de réussite, puisqu'aucun facteur prédictif de succès ou d'échec n'a été identifié, encore moins d'ordre psychique. L'HAS (6) mentionne cependant une étude dans laquelle la chirurgie avait été différée lorsque les troubles comportementaux ou émotionnels pouvaient porter préjudice à la réussite de la chirurgie(96) . La question se pose si les désordres psychiques deviennent des contre-indications lorsque ce qui est engagé est le succès de la chirurgie ou le « pronostic mental » ?

D'après les données de la littérature, on pourrait proposer une liste de conditions, s'inspirant des facteurs de vulnérabilité suicidaire, pour lesquelles le projet de chirurgie devra être reporté afin de prévenir la suicidalité en post-opératoire :

- Présence d'idées suicidaires
- Trouble de l'humeur (psychotique) non stabilisé
- Trouble du comportement alimentaire intercurrent (BED)
- Trouble de la personnalité non stabilisé
- Abus ou dépendance aux toxiques dont l'alcool
- Attentes magiques importantes
- Image corporelle défailante, dysmorphophobie
- Motivation liée à un désir de règlement des difficultés psychiques
- Faible adhésion à l'application des règles hygiéno-diététiques.



L'évaluateur pourra ensuite orienter le patient vers une prise en soins adaptée à ses difficultés, avant toute réévaluation.

## **B. PLACE D'UNE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE OU PSYCHOLOGIQUE EN PRE-OPERATOIRE**

Au décours de l'évaluation psychiatrique/psychologique, un suivi pourra être proposé afin de restaurer un équilibre psychique, en particulier si le patient présentait une symptomatologie suicidaire. Cette prise en charge ne peut se substituer à un programme d'éducation thérapeutique, même si les notions d'image corporelle et d'estime de soi pourront y être abordées.

Il est intéressant de se questionner si le psychiatre ou psychologue « traitant » qui assure cette psychothérapie doit se distinguer du praticien évaluateur, et si la réévaluation psychiatrique à distance devrait être réalisée par un troisième praticien, pour garantir une certaine objectivité (28). Donc soit l'équipe dispose de deux professionnels soit elle sollicite le dispositif de secteur psychiatrique.

Certaines équipes ont fait le choix de dissocier l'évaluation du soin afin que le soin assuré par un membre extérieur à l'équipe, laisse complètement disponible les praticiens de l'équipe à l'évaluation des candidats, surtout si la prise en charge est envisagée à moyen ou long terme. Dans d'autres cas, lorsque les soins s'appréhendent à court terme (ce qui ne semble pas toujours évident à prévoir). L'équipe intégrant deux professionnels, le premier réaliserait une première évaluation et assurerait la prise en charge pré-opératoire tandis que le deuxième accomplirait la réévaluation.

A contrario, un seul et même praticien réaliserait l'évaluation avant et après la prise en charge permettant une appréciation de l'évolution clinique. Dans tous les cas, la prise en charge psychothérapeutique est réalisée en concertation avec l'équipe (6).

Qu'il y ait ou non des soins avant l'intervention, un suivi post-opératoire doit être obligatoirement proposé, spécifiquement en cas d'antécédents d'hospitalisation pour troubles de l'humeur (62) et lors d'antécédent(s) d'idéation ou de tentative suicidaire.

## **C. IMPOSER UN SUIVI PLURIDISCIPLINAIRE POST-OPERATOIRE OBLIGATOIRE Y COMPRIS PSYCHOLOGIQUE : ROLE DU SECTEUR PSYCHIATRIQUE**

Tandis que le suivi post-opératoire est recommandé à vie, nombre de patients sont perdus de vue et échappent aux soins post-opératoires. Sans consentement à ce suivi, l'intervention ne peut se faire (exemple de la Suisse : Swiss Study Group for Morbid Obesity, SMOB (58)).

Les conditions de suivi sont-elles comprises, l'information est-elle suffisante sur l'importance de consultations régulières ? Le contenu du suivi est peu précis, bien qu'il vise essentiellement les complications somatiques, les risques de carences nutritionnelles au premier plan.

Le suivi post-opératoire réduit l'individu à sa perte de poids, alors qu'il devrait intégrer les aspects psychologiques et l'évaluation du potentiel suicidaire dans le cadre d'un programme établi (42). Les recommandations de l'HAS qui préconise un suivi psychologique (sans stipuler de durée minimale) uniquement des patients présentant des antécédents psychiatriques, ne sont pas systématiquement appliquées.

La participation à un suivi régulier contribuerait au maintien d'une bonne alliance thérapeutique et serait bénéfique de manière significative à plusieurs niveaux : durabilité et efficacité de la perte de poids mais également tolérance alimentaire et qualité de vie (97). Ces effets soulèvent l'hypothèse d'un suivi approprié et à long terme en tant que facteur protecteur du risque suicidaire post-opératoire.

Pourrait-on envisager de renforcer la fréquence et la qualité du suivi pour mieux dépister les complications somatiques et psychiques, en impliquant davantage le médecin traitant et la psychiatrie de secteur ?

### **1. Pour qui ?**

Tous les patients, même si l'état psychique pré-opératoire est satisfaisant, doivent avoir reçu la proposition d'un suivi psychiatrique avec le choix de l'accepter ou de le refuser. En cas de refus, le médecin assurant le suivi somatique pourrait renouveler cette possibilité à chaque consultation.

D'après une équipe suisse il semblerait que 5 à 10% des candidats nécessiteraient un soutien psychothérapeutique (15).

A contrario, dans le cas des candidats pour lesquels le projet bariatrique a été différé pour des motifs psychiatriques ce suivi devrait s'imposer au patient comme condition d'intervention. Il concerne :

- les patients présentant des facteurs de risque suicidaire,
- les patients souffrant d'un trouble psychiatrique pré-opératoire : trouble de l'humeur et trouble du comportement alimentaire,
- les patients souffrant d'un trouble addictologique,
- les patients recevant un traitement psychotrope afin de surveiller les altérations pharmacocinétiques éventuelles.

## **2. Par qui ?**

Comme le patient n'est pas réduit à un système digestif transformé, il est évident que le suivi chirurgical et diététique ne remplace pas le suivi psychologique et inversement, et s'envisage dans une dynamique pluridisciplinaire.

Le professionnel de santé mentale issu de l'équipe peut assurer ce suivi s'il est disponible et/ou s'il a pris en charge le patient en pré-opératoire. Le psychiatre ou psychologue traitant ou encore le secteur psychiatrique, pourraient également suivre le patient, en collaboration avec l'équipe. Dans ce cas, le psychologue ou psychiatre de l'équipe contacterait le praticien désigné afin de lui transmettre les informations relatives à l'intervention et au parcours pré-opératoire.

## **3. Quand ?**

La première consultation aurait lieu soit dans les semaines qui suivent l'intervention soit quelques semaines avant s'il s'agit d'un premier contact. La fréquence pourrait varier entre un rythme régulier et rapproché au début puis plus espacé selon l'état clinique. Une équipe angevine (98) impose par exemple 3 consultations la première année aux deuxième, sixième et douzième mois, par le même psychiatre.

Quelle que soit la fréquence choisie, devant le risque suicidaire majeur dans les trois ans post-opératoires (55) il est préférable de maintenir au minimum deux consultations annuelles (un seul entretien semble faible pour estimer l'état psychique sur l'année).

La durée du suivi dépend également de l'intensité des difficultés. L'institut de santé britannique recommande une durée de suivi pluridisciplinaire de deux années après l'intervention (99), tandis que la société américaine des chirurgiens bariatriques préconise une durée d'au moins 5 ans (100).

Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour déterminer la fréquence et la durée pour lesquelles la prévention du risque suicidaire (et de décompensation psychique) est optimale.

#### **4. Quoi ?**

Le suivi porte sur l'évolution clinique et l'impact psychique des remaniements physiques. Il évalue ainsi l'humeur, le risque suicidaire ainsi que l'image corporelle et le vécu du remodelage de la silhouette. On pourra rechercher les stratégies d'adaptation mises en place et la gestion des émotions intenses et douloureuses. On appréciera l'individu dans ses relations interpersonnelles, la qualité de l'étayage. Ces éléments seront à mettre en lien avec les éventuelles altérations pharmacocinétiques du traitement psychotrope le cas échéant.

Sur le plan addictologique, le comportement alimentaire est analysé, en particulier la persistance, recrudescence ou diminution des conduites pathologiques, et les consommations d'alcool et/ou de toxiques.

Concernant les aspects « physiques », l'attention portera sur la cinétique pondérale, pas seulement le poids au temps « t » mais ses variations (amaigrissement inadéquat ou reprise pondérale), et surtout son retentissement sur la vie sociale, professionnelle, sexuelle.

Enfin, de manière générale l'estimation de la qualité de vie sera renseignée.

#### **5. Comment ?**

Tout comme l'évaluation pré-opératoire, les consultations de suivi incluraient un entretien clinique, associé à la passation d'échelles à un rythme annuel ou bi annuel.

Le score BAROS (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System) (101) répond à l'évaluation de l'efficacité de l'intervention de manière standardisée en intégrant à la fois le poids, l'amélioration des comorbidités et la qualité de vie, quelle que soit la technique chirurgicale.

Ce score répond aux critères de reproductibilité et de fiabilité et pourrait tout à fait être choisi comme échelle de référence. Depuis 1997, la SOFFCO a mis en place le registre national des interventions de chirurgie bariatrique qui recueille le score BAROS dans les données post-opératoires (6).

Certains des hétéro-questionnaires utilisés lors du préavis psychiatrique pourraient être répétés pour comparer les phases pré et post-opératoire.

Par exemple, le service angevin du traitement de l'obésité (98) utilise un ensemble d'échelles (l'échelle de Montgomery et Asberg (MADRS), l'échelle d'anxiété de Tyrer, le Bulimia Test, l'échelle visuelle analogique de gêne pour les actes de la vie quotidienne) ainsi qu'un questionnaire général d'état de santé (SF 36) et sur la qualité de vie liée à la santé liée au poids (IWQOL-LITE).

D'autres échelles spécifiques pourraient être incluses comme celle de l'investissement corporel qui apprécie la protection et le soin du corps, les sentiments et le comportement inhérents à l'image corporelle (29).

A nouveau domine l'intérêt d'études supplémentaires afin d'évaluer les échelles les plus pertinentes pour estimation fidèle de l'état physique et psychique.

## **D. ROLE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE EN PRE ET POST-OPERATOIRE**

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante du projet de soins personnalisés défini par l'HAS (6). Les candidats à la chirurgie bariatrique nécessitent une préparation à l'intervention, adaptée et globale, fournissant une information la plus complète et compréhensible de ce que la chirurgie implique. L'HAS recommande en effet l'établissement d'un programme d'éducation thérapeutique assuré par l'équipe pluridisciplinaire et personnalisé selon le diagnostic éducatif, adapté au patient et à la technique chirurgicale. L'éducation à la fois diététique et physique, doit débuter avant l'intervention et se poursuivre en post-opératoire selon une planification précise (modalités de fréquence et de durée variables).

Elle vise d'autre part à prévenir les déceptions, et les difficultés psychiques face à un corps qui change. Afin de garantir une préparation optimale, plusieurs points pourraient être abordés a minima :

- l'alimentation : sensations et croyances alimentaires, le comportement alimentaire
- l'activité physique : adaptée au poids et à maintenir de façon régulière,
- l'image du corps actuelle et la projection sur le remodelage corporel qui suivra,
- une information sur les bénéfices et les risques de l'intervention, adaptée à la procédure chirurgicale prévue,
- les modifications de l'hygiène de vie requises en pré-opératoire et à maintenir après l'opération,
- l'impact de la chirurgie sur la vie sociale (habiletés sociales),
- éventuellement une séance où les candidats viennent accompagnés de leur conjoint ou d'une personne proche.

Le programme pourrait bien entendu être un peu plus exhaustif d'un point de vue spécifiquement psychologique. Une équipe suisse (15) délivre ainsi des cours en groupe à raison de 3 séances de 2h où sont abordés plusieurs aspects du retentissement psychologique :

- les ajustements émotionnels inhérents à la métamorphose corporelle,
- les attentes magiques (motivation: résolution des problématiques par l'opération),
- l'image corporelle : décalage entre le corps réel et le corps ancien (métaphore du déménagement: prendre le temps d'aménager ce nouveau corps pour se le réapproprier),
- l'humeur: pour certains le corps opère comme une armure, une défense contre l'extérieur, la perte de poids entraîne une vulnérabilité accrue qui peut se manifester soit par une symptomatologie anxieuse ou dépressive soit par un changement du caractère,

- les relations interpersonnelles: la perte de poids déstabilise l'équilibre du système familial,
- la vie sociale: érotisation du corps, le "corps social" remanie les relations interpersonnelles. Le changement de comportement chez l'autre contraste avec le sentiment d'être le même pour le patient,
- la vie sexuelle : bouleversement du couple, jalousie,
- l'étayage qui doit être clairement identifié par le patient.

Quatre séances supplémentaires sont proposées en cas de TCA selon un axe de travail différent selon qu'il s'agisse de grignotage compulsif (travail sur la mise en place de stratégies comportementales) ou d'hyperphagie prandiale (TCC de groupe).

Ces cours se concluent par la remise au patient et à son entourage (qu'il faut préparer tout autant) d'une plaquette reprenant les idées principales.

Cette étape majeure du parcours du patient n'est pourtant pas systématiquement assurée, malgré le rôle majeur de l'éducation thérapeutique dans la perte de poids, son maintien et l'amélioration des comorbidités. A l'instar du suivi post-opératoire, une préparation appropriée et complète représenterait un facteur protecteur vis-à-vis du risque suicidaire.

## **E. PISTES DE REFLEXION**

### **1. Partenariat chirurgie/psychiatrie/médecin traitant pour diminuer le risque de perdus de vue**

La durée trop courte du suivi et l'ampleur des perdus de vue représentent des limites fréquentes des études portant sur l'estimation de la suicidalité en post-opératoire. Une revue de la littérature (27) a estimé entre 25 et 50% de perdus de vue pour des études menées entre 3 mois et 5 ans et demi.. Les auteurs suggèrent deux possibilités : soit ces patients vont "trop" bien donc ne reviennent pas voir le chirurgien soit ils rencontrent de grandes difficultés à l'origine d'un sentiment de honte et de culpabilité.

Il semble qu'au-delà de deux ans, le risque de perdus de vue soit de plus lié à certains facteurs (102) :

- augmenté en présence d'un trouble de la personnalité (borderline, évitante), troubles anxieux, obsessionnels, chômage,
- diminué en cas d'antécédent familial d'obésité ou en présence d'un BED.

La constitution d'un partenariat entre l'équipe pluridisciplinaire, le médecin traitant et le psychiatre (ou psychologue) traitant dès la validation de l'intervention semble fondamentale afin de promouvoir un suivi efficace. La place du médecin traitant est primordiale dans la continuité des soins et pour l'optimisation des résultats, avec par exemple la gestion de la surveillance biologique annuelle (99).

En outre, derrière chaque plainte physique, peut se cacher une difficulté psychique (60).

Ces patients consultent d'ailleurs fréquemment aux urgences pour des motifs divers. Ces passages représentent autant d'occasions de repérage des complications psychiques et soulèvent l'intérêt d'une sensibilisation des médecins urgentistes à rechercher les complications psychiques associées et d'une évaluation psychiatrique le cas échéant.

## **2. Groupes de parole**

Echanger avec d'autres patients traversant les mêmes difficultés se révèle parfois plus simple qu'avec un médecin en individuel. Partager son vécu à l'occasion de groupes de soutien pourrait être intégré à la prise en charge post-opératoire. Un groupe de parole ouvert, régulier, dirigé par un membre de l'équipe pluridisciplinaire ou un praticien extérieur, représente une forme de soutien complémentaire. Par sa fonction étayante, il agit comme facteur protecteur vis-à-vis du risque suicidaire.

Le groupe est également l'occasion pour le praticien qui l'anime d'évaluer l'état psychique des patients et d'orienter vers le médecin traitant, le psychiatre ou les services d'urgence si besoin.

## **3. Réapprendre à s'alimenter : l'apport de la pleine conscience**

Généralement, toute intervention chirurgicale est suivie d'une rééducation. Dans le cadre de la chirurgie bariatrique, une rééducation pluridisciplinaire, diététique et psychomotrice, s'impose en péri opératoire et particulièrement après l'intervention.



D'un point de vue diététique, le réapprentissage du comportement alimentaire est primordial compte tenu des modifications anatomiques qui induisent obligatoirement une adaptation de la taille et de la fréquence des ingesta. Cette « rééducation alimentaire » se justifie également par la fréquence des défaillances des conduites alimentaires, où l'objet nourriture n'est pas mentalisé en tant que nutriment mais comme mécanisme de défense contre des émotions négatives insupportables.

Une manière de réhabiliter les sensations alimentaires et favoriser l'auto-observation réside dans la pratique de la pleine conscience. Ce type de thérapie est volontiers pratiqué avec les patients souffrant d'anorexie mentale. Ce type d'approche peut bien sûr être initié dès la préparation pré-opératoire lors des séances d'éducation thérapeutique.

L'exercice de la dégustation en pleine conscience représente une première étape à la réhabilitation du comportement alimentaire comme réponse à une sensation de faim. Il s'agit de redécouvrir un aliment oublié en tant que tel et d'être à l'écoute de ses propres sensations, au niveau des 5 sens, comme s'il était vu, senti, humé, touché, goûté pour la première fois, des éventuels souvenirs ou émotions liés, puis d'échanger ses ressentis au sein du groupe. L'objectif n'est pas de condamner l'alimentation par envie mais de réintégrer à la régulation émotionnelle, la régulation énergétique dans l'envie de manger.

#### **4. Rééducation par la psychomotricité**

La rééducation intègre également les aspects psychocomportementaux liés à l'obésité par un travail psychomoteur, associé à une activité physique adaptée. Comprendre et améliorer la relation que le sujet entretient avec son corps contribuerait à remanier une image corporelle plus positive et surtout à prendre conscience des modifications de la silhouette autant que d'accompagner les remaniements psychiques que la perte de poids engendre.

Au cours de la perte de poids et en pré-opératoire, des ateliers de médiation corporelle pourraient tendre à restaurer l'enveloppe psychique défaillante (49).

La reconstruction de l'image corporelle s'envisage de plus par des activités physiques adaptées, afin de retrouver le plaisir d'une activité physique et améliorer ses capacités à l'effort.

Une attention toute particulière aux sensations corporelles musculaires participe également à prendre davantage conscience de son corps via les ressentis proprioceptifs.

Ces deux perspectives peuvent s'envisager en amont de l'intervention. Elles concourent à une forme de réconciliation entre le patient et son propre corps, et rectifient les attentes magiques. Intégrés dans un programme de suivi global, elles agissent comme facteurs protecteurs du risque suicidaire notamment en prévenant des réactions de déception.

### **5. Modifications corporelles et estime de soi : place de la chirurgie reconstructrice**

A la suite d'une intervention bariatrique, la sécurité sociale assure la prise en charge d'une procédure de chirurgie réparatrice afin de réduire l'excès cutané et graisseux (ou stéatome) localisé au niveau abdominal, de la poitrine et des cuisses. Elle est proposée après stabilisation de la perte de poids soit entre 12 et 18 mois, en l'absence de dénutrition (6).

Il peut s'agir d'une abdominoplastie dont le but est de réduire le tablier abdominal. En effet cet excès de peau peut se compliquer de problématiques d'hygiène, d'esthétique et d'inconfort. La chirurgie reconstructrice est associée à une amélioration du bien être et de la qualité de vie (12).

A nouveau ce type d'opération modifie le corps et ses contours, et induit inévitablement des remaniements psychiques qu'il convient également d'anticiper. Cette opération à visée esthétique n'est pas banale chez des sujets parfois déjà fragilisés au décours de leur intervention bariatrique.

## CONCLUSION

La chirurgie bariatrique reste le traitement reconnu le plus efficace de l'obésité morbide sur la diminution de l'incidence et de l'aggravation des maladies cardiovasculaires et des cancers. Elle ne se résume pas à une prouesse du bistouri, mais implique de la part des patients une dynamique de changement majeur et pérenne d'hygiène de vie. Toutefois il s'agit d'une intervention sur un organe sain, qui n'est pas sans conséquence sur le plan psychique et social.

En dépit de l'hétérogénéité des méthodologies et résultats des études, il apparaît en post-opératoire un risque suicidaire augmenté par rapport à la population générale. Plusieurs pistes sont à explorer pour maîtriser la suicidalité de ces patients, situées à différents niveaux du parcours de soins.

En amont, l'avis psychiatrique requiert une définition plus précise du cadre de l'évaluation et des contre-indications relatives et absolues d'une part. L'association d'un entretien clinique avec une série de questionnaires conforte l'idée d'une coopération psychiatre/psychologue. Cette coopération ajouterait une certaine sécurité et fiabilité à l'avis délivré.

D'autre part, chaque candidat doit suivre une préparation adaptée et complète dans une volonté d'éducation thérapeutique. Lorsque le projet bariatrique est temporairement suspendu pour des motifs psychiatriques, l'équipe, après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire, oriente le candidat vers une prise en charge spécifique de ses difficultés.

En aval, l'évaluation du potentiel suicidaire et de la santé mentale doivent s'intégrer dans le suivi post-opératoire qui reste très focalisé sur les aspects somatiques et la quantification de la perte de poids. Or, chaque variation de poids implique au-delà du remodelage physique, des remaniements psychiques par lesquelles les fragilités peuvent se révéler sous la forme d'idée ou de geste suicidaire.

Ainsi, le suivi pluridisciplinaire s'impose pour tous les patients, en collaboration avec le médecin traitant, en incluant une consultation psychiatrique régulière au moins les cinq premières années.

Enfin, un programme de rééducation diététique et psychomotrice associé à la participation à des groupes de parole contribuerait à un meilleur accompagnement en post-opératoire.

Des études complémentaires sont nécessaires afin de préciser les modalités de l'évaluation pré-opératoire et du suivi post-opératoire, notamment pour déterminer les échelles les plus pertinentes pour une estimation correcte de l'état psychique ainsi que la fréquence et la durée du suivi pour lesquelles la prévention du risque suicidaire est optimale.

Il serait intéressant de rechercher parmi les patients exprimant des idéations suicidaires ou ayant commis une tentative d'autolyse, lesquels ont reçu une chirurgie de l'obésité et comment s'organise le suivi. En outre, il serait pertinent d'évaluer quelles sont les modalités d'évaluation, de préparation et de suivi proposées par les différentes équipes et de les confronter à la suicidalité en post-opératoire.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Le Goff C, Eschwege E, Charles M-A, Basdevant A, Moisan C, Bonnelye G, et al. ObEpi-Roche, enquête épidémiologique de référence sur l'évolution de l'obésité et du surpoids en France. 2012.
2. Flegal KM, Carroll MD, Kit BK, Ogden CL. Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010. *JAMA*. 1 févr 2012;307(5):491-7.
3. Ponce J, DeMaria EJ, Nguyen NT, Hutter M, Sudan R, Morton JM. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery estimation of bariatric surgery procedures in 2015 and surgeon workforce in the United States. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg*. 26 août 2016;
4. Phan F, Oppert J-M, Andreelli F. Synthèse des recommandations interdisciplinaires européennes sur la chirurgie bariatrique et métabolique. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 mai 2015;8(6):652-61.
5. Haute Autorité de Santé. Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : Prise en charge préopératoire minimale. 2015.
6. Haute Autorité de Santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. 2009.
7. American Society for Bariatric Surgery Standards Committee, 2004-2005, Oria HE, Carrasquilla C, Cunningham P, Hess DS, Johnell P, et al. Guidelines for weight calculations and follow-up in bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg*. févr 2005;1(1):67-8.
8. Centre for Public Health Excellence at NICE (UK), National Collaborating Centre for Primary Care (UK). Obesity: The Prevention, Identification, Assessment and Management of Overweight and Obesity in Adults and Children. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (UK); 2006. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance).
9. Fried M, Hainer V, Basdevant A, Buchwald H, Deitel M, Finer N, et al. Interdisciplinary European guidelines on surgery of severe obesity. *Int J Obes* 2005. avr 2007;31(4):569-77.
10. Griffen WO, Bivins BA, Bell RM. The decline and fall of the jejunoileal bypass. *Surg Gynecol Obstet*. oct 1983;157(4):301-8.

11. SOFFCOMM, de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques. Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques [Internet]. Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques. Disponible sur: <http://soffcomm.org/>
12. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahon MM, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient--2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Obes Silver Spring Md.* mars 2013;21 Suppl 1:S1-27.
13. Gugenheim J. Chirurgie bariatrique: quel patient opérer? In: Greff M, Barthet M, Beaugerie L, Bouhnik Y, Bronowicki J-P, Buecher B, et al., éditeurs. *Post'U FMC-HGE*. Springer Paris; 2010. p. 49-54.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013. 1679 p.
15. Savioz V, Morandi S, Giusti V. Rôle du préavis psychiatrique dans l'évaluation préopératoire des patients candidats à la chirurgie de l'obésité. *Cah Nutr Diététique*. 16 févr 2008;40(4):189-94.
16. Health System Improvement Unit, Department of Health. *WA Health Bariatric Surgery Plan - a standardised approach to surgery for obesity*. 2012.
17. Bobbioni-Harsch E, Guillermin M-L, Habicht F. Quelles interférences réciproques entre chirurgie bariatrique et psychopathologie? *Rev Med Suisse*. 2014;10:1721-1726.
18. Fried M, Yumuk V, Oppert JM, Scopinaro N, Torres A, Weiner R, et al. Interdisciplinary European guidelines on metabolic and bariatric surgery. *Rozhl V Chir Mesicnik Ceskoslovenske Chir Spolecnosti*. juill 2014;93(7):366-78.
19. LeMont D, Moorehead MK, Parish MS, Reto CS, Ritz SJ. Suggestions for the pre-surgical psychological assessment of bariatric surgery candidates. *Am Soc Bariatric Surg*. 2004;129.
20. Powers PS, Rosemurgy A, Boyd F, Perez A. Outcome of gastric restriction procedures: weight, psychiatric diagnoses, and satisfaction. *Obes Surg*. déc 1997;7(6):471-7.
21. Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Miake-Lye I, Beroes JM, et al. Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis. *JAMA*. 12 janv 2016;315(2):150-63.
22. Malik S, Mitchell JE, Engel S, Crosby R, Wonderlich S. Psychopathology in bariatric surgery candidates: a review of studies using structured diagnostic interviews. *Compr Psychiatry*. févr 2014;55(2):248-59.

23. Duarte-Guerra LS, Coêlho BM, Santo MA, Wang Y-P. Psychiatric disorders among obese patients seeking bariatric surgery: results of structured clinical interviews. *Obes Surg.* mai 2015;25(5):830-7.
24. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, Ringham RM, et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry.* févr 2007;164(2):328-334; quiz 374.
25. Glinski J, Wetzler S, Goodman E. The psychology of gastric bypass surgery. *Obes Surg.* oct 2001;11(5):581-8.
26. Backman O, Stockeld D, Rasmussen F, Näslund E, Marsk R. Alcohol and substance abuse, depression and suicide attempts after Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Br J Surg.* 1 sept 2016;103(10):1336-42.
27. Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res.* 2005;13(4):639-648.
28. Brunault P, Gohier B, Ducluzeau P-H, Bourbao-Tournois C, Frammery J, Réveillère C, et al. L'évaluation psychiatrique, psychologique et addictologique avant chirurgie bariatrique : que faut-il évaluer en pratique, pourquoi et comment ? *Presse Médicale.* janv 2016;45(1):29-39.
29. Mitchell JE, Crosby R, de Zwaan M, Engel S, Roerig J, Steffen K, et al. Possible risk factors for increased suicide following bariatric surgery. *Obes Silver Spring Md.* avr 2013;21(4):665-72.
30. Norris L. Psychiatric issues in bariatric surgery. *Psychiatr Clin North Am.* déc 2007;30(4):717-38.
31. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®.* American Psychiatric Association; 2000. 984 p.
32. Witkowski P. Antécédents psychotraumatiques et psychopathologie de 767 patients obèses candidats à la chirurgie bariatrique réalisée au CHU de Nancy. *Eur Psychiatry.* 1 nov 2013;28(8):98.
33. Mauri M, Rucci P, Calderone A, Santini F, Oppo A, Romano A, et al. Axis I and II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *J Clin Psychiatry.* févr 2008;69(2):295-301.
34. Wildes JE, Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP. Childhood maltreatment and psychiatric morbidity in bariatric surgery candidates. *Obes Surg.* mars 2008;18(3):306-13.
35. Gabert DL, Majumdar SR, Sharma AM, Rueda-Clausen CF, Klarenbach SW, Birch DW, et al. Prevalence and predictors of self-reported sexual abuse in severely obese patients in a population-based bariatric program. *J Obes.* 2013;2013:374050.

36. Chen EY, Fettich KC, McCloskey MS. Correlates of suicidal ideation and/or behavior in bariatric-surgery-seeking individuals with severe obesity. *Crisis*. 1 janv 2012;33(3):137-43.
37. Sansone RA, Wiederman MW, Schumacher DF, Routsong-Weichers L. The prevalence of self-harm behaviors among a sample of gastric surgery candidates. *J Psychosom Res*. nov 2008;65(5):441-4.
38. Windover AK, Merrell J, Ashton K, Heinberg LJ. Prevalence and psychosocial correlates of self-reported past suicide attempts among bariatric surgery candidates. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg*. déc 2010;6(6):702-6.
39. Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health*. févr 2000;90(2):251-7.
40. Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. Is Obesity Associated with Major Depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol*. 15 déc 2003;158(12):1139-47.
41. Dong C, Li W-D, Li D, Price RA. Extreme obesity is associated with attempted : results from a family studysuicides. *Int J Obes* 2005. févr 2006;30(2):388-90.
42. Heneghan HM, Heinberg L, Windover A, Rogula T, Schauer PR. Weighing the evidence for an association between obesity and suicide risk. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg*. févr 2012;8(1):98-107.
43. Barzic ML. Aspects psychologiques de l'obésité. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitessgn10-51425](http://www.em-Premium.com/doc-Distantuniv-Lille2/fr/datatraitessgn10-51425). 21 oct 2009;
44. Rosenberger PH, Henderson KE, Bell RL, Grilo CM. Associations of weight-based teasing history and current eating disorder features and psychological functioning in bariatric surgery patients. *Obes Surg*. avr 2007;17(4):470-7.
45. Sarwer DB, Fabricatore AN, Eisenberg MH, Sywulak LA, Wadden TA. Self-reported stigmatization among candidates for bariatric surgery. *Obes Silver Spring Md*. nov 2008;16 Suppl 2:S75-79.
46. Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Hebebrand J, Senf W. Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obes Res*. 2004;12(10):1554-1569.
47. Allison DB, Newcomer JW, Dunn AL, Blumenthal JA, Fabricatore AN, Daumit GL, et al. Obesity Among Those with Mental Disorders. *Am J Prev Med*. avr 2009;36(4):341-50.
48. Faulconbridge LF, Wadden TA, Thomas JG, Jones-Corneille LR, Sarwer DB, Fabricatore AN. Changes in depression and quality of life in obese individuals with binge eating disorder: bariatric surgery versus lifestyle modification. *Surg Obes Relat Dis*. sept 2013;9(5):790-6.



49. Sanahuja A, Cuynet P. Maigrir enveloppée à l'adolescence et image du corps. *Psychothérapies*. 7 févr 2013;32(4):249-61.
50. Sevinçer GM, Konuk N, Bozkurt S, Coşkun H. Food addiction and the outcome of bariatric surgery at 1-year: Prospective observational study. *Psychiatry Res*. 30 oct 2016;244:159-64.
51. Cathelain S, Brunault P, Ballon N, Réveillère C, Courtois R. L'addiction à l'alimentation : définition, mesure et limites du concept, facteurs associés et implications cliniques et thérapeutiques. *Presse Médicale*. mai 2016;
52. Brunault P, Ballon N, Gaillard P, Réveillère C, Courtois R. Validation of the French Version of the Yale Food Addiction Scale: An Examination of Its Factor Structure, Reliability, and Construct Validity in a Nonclinical Sample. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. mai 2014;59(5):276.
53. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med*. 23 août 2007;357(8):741-52.
54. Adams TD, Gress RE, Smith SC, Halverson RC, Simper SC, Rosamond WD, et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med*. 2007;357(8):753-761.
55. Tindle HA, Omalu B, Courcoulas A, Marcus M, Hammers J, Kuller LH. Risk of Suicide after Long-term Follow-up from Bariatric Surgery. *Am J Med*. 1 nov 2010;123(11):1036-42.
56. Peterhänsel C, Petroff D, Klinitzke G, Kersting A, Wagner B. Risk of completed suicide after bariatric surgery: a systematic review. *Obes Rev*. mai 2013;14(5):369-82.
57. Kubik JF, Gill RS, Laffin M, Karmali S. The impact of bariatric surgery on psychological health. *J Obes*. 2013;2013:837989.
58. Favre Lucie. Implications à long terme de la chirurgie bariatrique : au-delà des carences. *Rev Médicale Suisse*. 2014;
59. Magro DO, Geloneze B, Delfini R, Pareja BC, Callejas F, Pareja JC. Long-term weight regain after gastric bypass: a 5-year prospective study. *Obes Surg*. juin 2008;18(6):648-51.
60. Bhatti, Nathens AB, Thiruchelvam D, Grantcharov T, Goldstein BI, Redelmeier DA. Self-harm emergencies after bariatric surgery: A population-based cohort study. *JAMA Surg*. 1 mars 2016;151(3):226-32.
61. Kovacs Z, Valentin JB, Nielsen RE. Risk of psychiatric disorders, self-harm behaviour and service use associated with bariatric surgery. *Acta Psychiatr Scand*. 1 nov 2016;n/a-n/a.

62. Morgan DJR, Ho KM. Incidence and Risk Factors for Deliberate Self-harm, Mental Illness, and Suicide Following Bariatric Surgery: A State-wide Population-based Linked-data Cohort Study. *Ann Surg.* 18 juill 2016;
63. Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Langkafel M, Senf W, Hebebrand J. Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes.* nov 2003;27(11):1300-14.
64. Mamplekou E, Komesidou V, Bissias C, Papakonstantinou A, Melissas J. Psychological condition and quality of life in patients with morbid obesity before and after surgical weight loss. *Obes Surg.* sept 2005;15(8):1177-84.
65. Wimmelmann CL, Dela F, Mortensen EL. Psychological predictors of mental health and health-related quality of life after bariatric surgery: a review of the recent research. *Obes Res Clin Pract.* août 2014;8(4):e314-324.
66. de Zwaan M, Enderle J, Wagner S, Mühlhans B, Ditzen B, Gefeller O, et al. Anxiety and depression in bariatric surgery patients: a prospective, follow-up study using structured clinical interviews. *J Affect Disord.* sept 2011;133(1-2):61-8.
67. Matini D, Ghanbari Jolfaei A, Pazouki A, Pishgahroudsari M, Ehtesham M. The comparison of severity and prevalence of major depressive disorder, general anxiety disorder and eating disorders before and after bariatric surgery. *Med J Islam Repub Iran.* 2014;28:109.
68. Herpertz S, Müller A, Burgmer R, Crosby RD, de Zwaan M, Legenbauer T. Health-related quality of life and psychological functioning 9 years after restrictive surgical treatment for obesity. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg.* déc 2015;11(6):1361-70.
69. Svensson P-A, Anveden Å, Romeo S, Peltonen M, Ahlin S, Burza MA, et al. Alcohol consumption and alcohol problems after bariatric surgery in the Swedish obese subjects study. *Obes Silver Spring Md.* déc 2013;21(12):2444-51.
70. King WC, Chen J-Y, Mitchell JE, Kalarchian MA, Steffen KJ, Engel SG, et al. Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *JAMA.* 20 juin 2012;307(23):2516-25.
71. Reslan S, Saules KK, Greenwald MK, Schuh LM. Substance misuse following Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Subst Use Misuse.* mars 2014;49(4):405-17.
72. Desseilles F, Mikolajczak G, Desseilles M. Suicide et alimentation : approche biopsychosociale. *Santé Ment Au Qué.* 2012;37(2):65-94.
73. Leplège A, Mesbah M, Marquis P. Analyse préliminaire des propriétés psychométriques de la version française d'un questionnaire international de mesure de qualité de vie: le MOS SF-36 (versions 1.1). *Rev Epidemiol Sante Publique.* 1995;43(4):371-9.

74. Karlsson J, Taft C, Rydén A, Sjöström L, Sullivan M. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *Int J Obes* 2005. août 2007;31(8):1248-61.
75. Reinhold RB. Critical analysis of long term weight loss following gastric bypass. *Surg Gynecol Obstet.* sept 1982;155(3):385-94.
76. White MA, Kalarchian MA, Masheb RM, Marcus MD, Grilo CM. Loss of control over eating predicts outcomes in bariatric surgery patients: a prospective, 24-month follow-up study. *J Clin Psychiatry.* févr 2010;71(2):175-84.
77. Klockhoff H, Näslund I, Jones AW. Faster absorption of ethanol and higher peak concentration in women after gastric bypass surgery. *Br J Clin Pharmacol.* déc 2002;54(6):587.
78. Lloret-Linares C, Bellivier F, Heron K, Besson M. Treating mood disorders in patients with a history of intestinal surgery: a systematic review. *Int Clin Psychopharmacol.* mai 2015;30(3):119-28.
79. Roerig JL, Steffen K, Zimmerman C, Mitchell JE, Crosby RD, Cao L. Preliminary comparison of sertraline levels in postbariatric surgery patients versus matched nonsurgical cohort. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg.* févr 2012;8(1):62-6.
80. Roerig JL, Steffen KJ, Zimmerman C, Mitchell JE, Crosby RD, Cao L. A comparison of duloxetine plasma levels in postbariatric surgery patients versus matched nonsurgical control subjects. *J Clin Psychopharmacol.* août 2013;33(4):479-84.
81. Carrel G, Giusti V. Food intake: not only a question of will. *Rev Med Suisse.* 8 avr 2009;5(198):769-72.
82. Jégou S, Mounien L, Boutelet I, Vaudry H. Le peptide YY3-36, une nouvelle arme thérapeutique contre l'obésité? *MS Médecine Sci.* 2003;19(5):537-9.
83. Kluge M, Schüssler P, Dresler M, Schmidt D, Yassouridis A, Uhr M, et al. Effects of ghrelin on psychopathology, sleep and secretion of cortisol and growth hormone in patients with major depression. *J Psychiatr Res.* mars 2011;45(3):421-6.
84. Herlant-Hémar K, Luizet É. Enjeux psychiques dans la chirurgie de l'obésité : destins de la destructivité. *Rev Fr Psychanal.* 5 juin 2015;79(2):525-37.
85. Bergeret J. Toxicomanie et personnalité. 5e éd. Paris: Presses Universitaires de France; 1996. 128 p. (Que sais-je ?).
86. Claudon P, Roché-Bauchet G, Guirkinger B, Lighezzolo-Alnot J, Ziegler O. Représentation de soi et vécu de l'espace corporel chez des sujets obèses sévères en attente de chirurgie bariatrique. *Ann Méd-Psychol.* 16 nov 2012;170(9):628-35.

87. Fournis G, Denès D, Mesu C, Brière M, Garré J-B, Gohier B. Obésité et bypass gastrique, impact sur la qualité de vie et le risque suicidaire : revue de la littérature. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* nov 2014;172(9):721-6.
88. Fabricatore AN, Crerand CE, Wadden TA, Sarwer DB, Krasucki JL. How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. *Obes Surg.* mai 2006;16(5):567-73.
89. Bauchowitz AU, Gonder-Frederick LA, Olbrisch M-E, Azarbad L, Ryee M-Y, Woodson M, et al. Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: a survey of present practices. *Psychosom Med.* oct 2005;67(5):825-32.
90. Claes L, Vandereycken W, Vandeputte A, Braet C. Personality subtypes in female pre-bariatric obese patients: do they differ in eating disorder symptoms, psychological complaints and coping behaviour? *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* janv 2013;21(1):72-7.
91. Gohier B, Richard-Devantoy S, Denès D, Sallé A, Becouarn G, Topart P, et al. Le psychiatre et la chirurgie bariatrique. *Ann Méd-Psychol.* 14 avr 2010;168(3):220-3.
92. Iceta S, Disse Emmanuel, Saoud M. Évaluation préalable à la chirurgie de l'obésité. *Diabète Obésité.* sept 2015;10(90):181.
93. Sauerland S, Angrisani L, Belachew M, Chevallier JM, Favretti F, Finer N, et al. Obesity surgery: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES). *Surg Endosc.* févr 2005;19(2):200-21.
94. Collège national des universitaires de psychiatrie, Collège universitaire national des enseignants d'Addictologie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique. *Référentiel ECN Psychiatrie et Addictologie 2ème édition. 2e éd. Presses universitaires François-Rabelais; 2016. 583 p. (L'Officiel ECN).*
95. Vandevoorde J. Psychopathologie du suicide. *Psycho Sup.* 2013;35-47.
96. Friedman KE, Applegate KL, Grant J. Who is adherent with preoperative psychological treatment recommendations among weight loss surgery candidates? *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg.* juin 2007;3(3):376-82.
97. Keren D, Matter I, Rainis T, Lavy A. Getting the Most from the Sleeve: The Importance of Post-Operative Follow-up. *Obes Surg.* 1 déc 2011;21(12):1887-93.
98. Gohier B, Ritz P, Becouarn G, Richard S, Ricalens E, Garré J-B. Psychiatrie de liaison et obésité : l'expérience d'un travail en réseau. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* oct 2005;163(8):701-6.
99. National Clinical Guideline Centre (UK). Obesity: Identification, Assessment and Management of Overweight and Obesity in Children, Young People and Adults: Partial Update of CG43. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance).

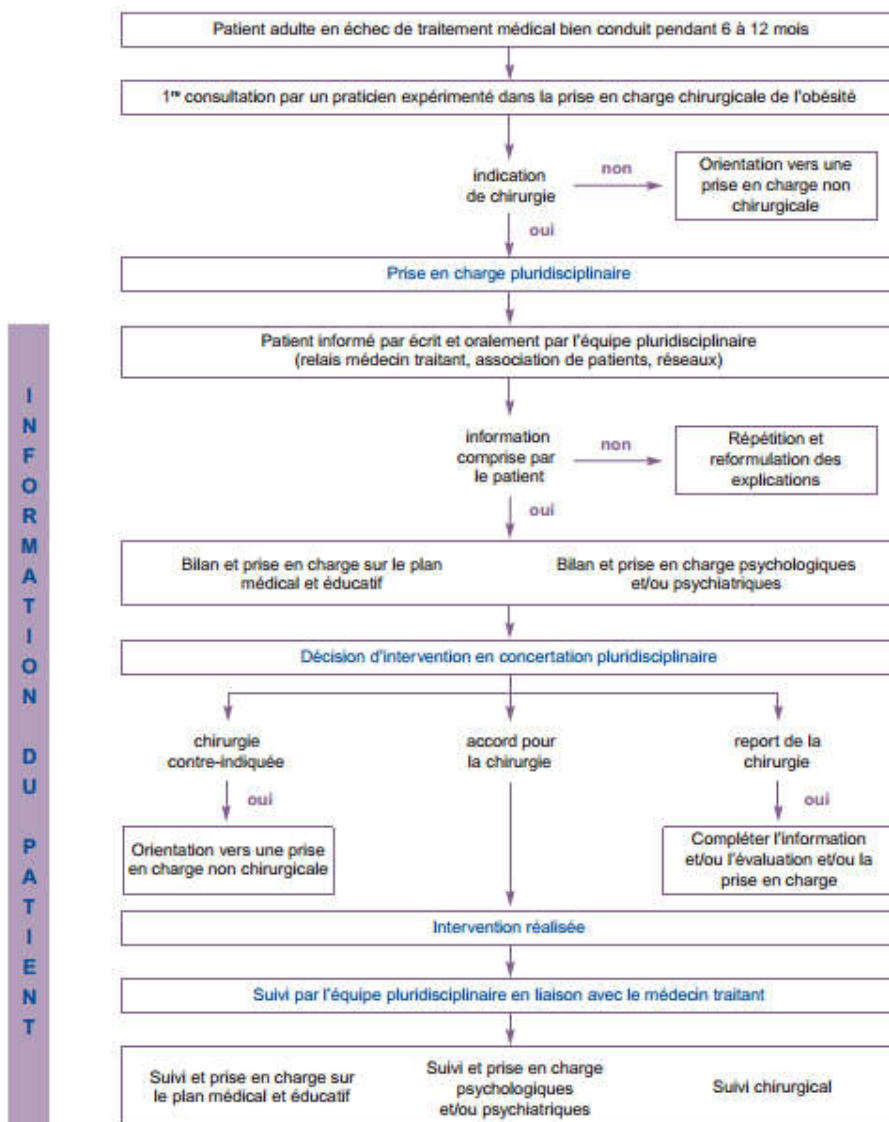
100. Guidelines for laparoscopic and open surgical treatment of morbid obesity. American Society for Bariatric Surgery. Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons. *Obes Surg.* août 2000;10(4):378-9.
101. Oria HE, Moorehead MK. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). *Obes Surg.* oct 1998;8(5):487-99.
102. Sirveaux M-A, Witkowski P, Khalife J, Brunaud L, Ziegler O, Reibel N, et al. Comment prédire la perte de vue des patients après chirurgie bariatrique : analyse d'une série de 1281 patients opérés d'un court-circuit gastrique. *Nutr Clin Métabolisme.* mars 2016;30(1):53-4.

# ANNEXES

## Annexe 1. Parcours du patient candidat à la chirurgie de l'obésité, Haute Autorité de Santé, Janvier 2009 (6)



### Le parcours du patient candidat à la chirurgie de l'obésité



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

Juillet 2009

Annexe 2. Information du patient candidat à la chirurgie bariatrique, Haute Autorité de Santé, Janvier 2009 (6)

« L'information du patient doit porter sur (accord professionnel) :

les risques de l'obésité et les moyens de prise en charge

les différentes techniques chirurgicales en détaillant:

\*le principe,

\*les bénéfices : en terme de perte de poids à court et long terme selon les données disponibles, et des comorbidités

\*les risques et inconvénients : mortalité périopératoire, effets indésirables, complications précoces et tardives, conséquences nutritionnelles, réinterventions, irréversibilité, signes cliniques qui doivent alerter

les limites de la chirurgie notamment en termes de perte de poids

les bénéfices et inconvénients de la chirurgie sur

\*la vie quotidienne,

\*les relations sociales et familiales

\*en matière de grossesse et de contraception

la nécessité d'une modification du comportement alimentaire et du mode de vie avant et après l'intervention

la nécessité d'un suivi médical et chirurgical la vie durant, l'obésité étant une maladie chronique et en raison du risque de complications tardives

la nécessité de suivre un programme d'éducation thérapeutique

le soutien possible d'associations de patients

la possibilité de recours à la chirurgie réparatrice et reconstructrice.

Cette information doit être dispensée par les membres de l'équipe pluridisciplinaire, relayée par le médecin traitant, les associations de patients et les réseaux quand ils existent. Elle doit être réalisée sous forme d'entretiens individuels, pouvant être complétée par des réunions collectives. La rencontre avec des patients déjà opérés est recommandée. Il est recommandé de fournir au patient une information écrite en plus d'une information orale. Il est nécessaire de s'assurer que le patient a bien compris cette information. L'information initiale doit être réitérée et complétée autant que de besoin avant et après l'intervention »

Annexe 3. Evolution de la classification des troubles du comportement alimentaire au sein du DSM

DSM IV	DSM V (mai 2013)
Anorexie mentale	Anorexie mentale (suppression du critère aménorrhée)
Boulimie nerveuse (sous types avec ou sans stratégies de contrôle du poids)	Boulimie nerveuse (suppression des sous-types)
EDNOS (Eating Disorder Not Otherwise Specified)	Hyperphagie boulimique (BES)
Hyperphagie boulimique (BES)	OSFED (Other Specified Feeding or Eating Disorder)
Hyperphagie nocturne (NES)	Hyperphagie nocturne (NES)
AM ou BN incomplètes	AM ou BN incomplètes
Tous les critères de l'AM sauf le poids qui reste dans les limites de la normale	Tous les critères de l'AM sauf le poids qui reste dans les limites de la normale
Tous les critères de la BN mais fréquence des crises inférieure à 3/semaine	Tous les critères de la BN mais fréquence des crises inférieure à 3/semaine
Méthodes compensatoires présentes mais suite à absorption de petites quantités de nourriture	Méthodes compensatoires présentes mais suite à absorption de petites quantités de nourriture
Le sujet mâche et recrache sans avaler de grandes quantités de nourriture	Le sujet mâche et recrache sans avaler de grandes quantités de nourriture
Grignotage	Grignotage



Annexe 4 : Critères diagnostiques du Binge Eating Disorder selon le DSM V

A. Survenue récurrente de crises de boulimie avec sentiment de perte de contrôle

B. Crises associées à au moins 3 critères :

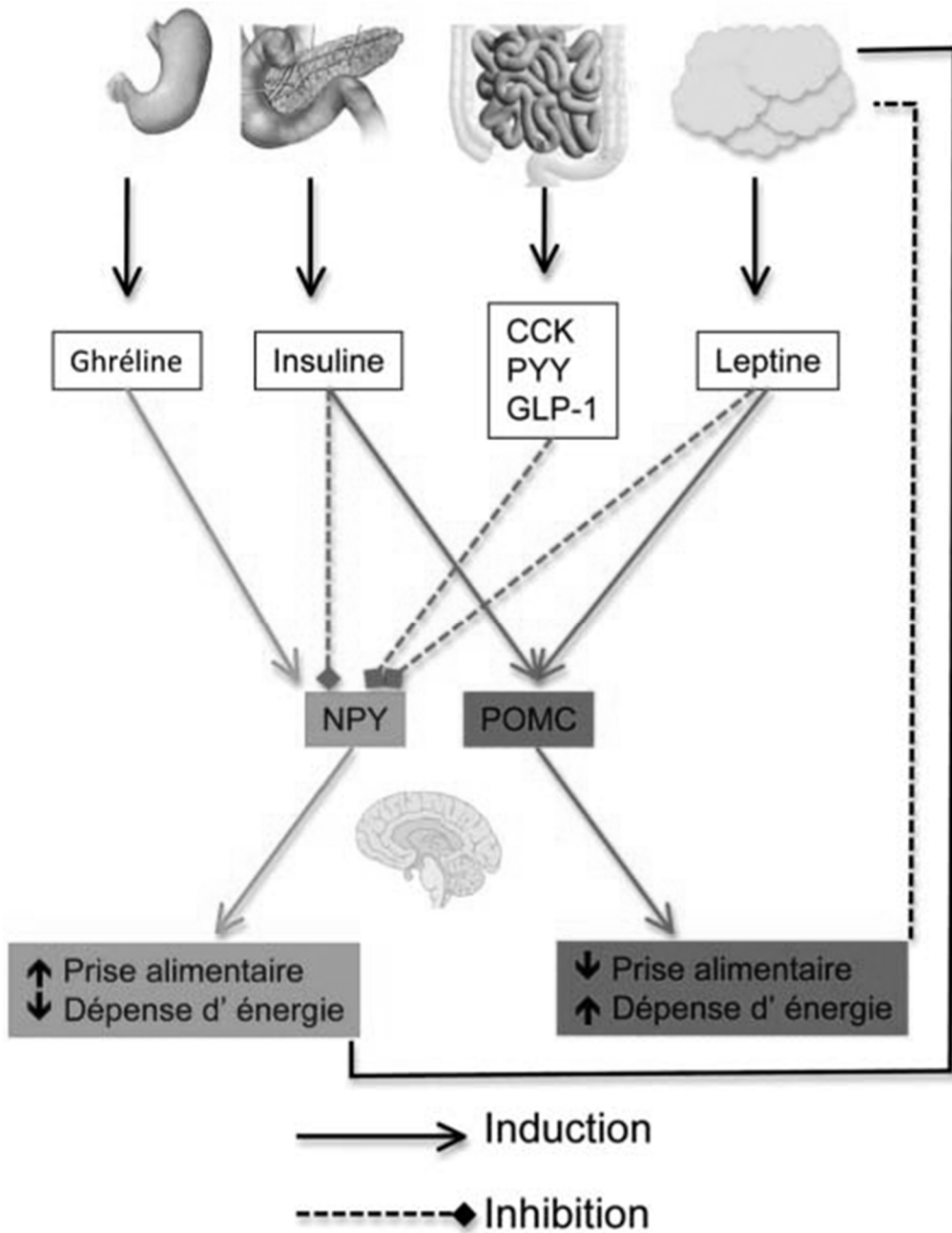
- Prise alimentaire extrêmement rapide et bien supérieure à la normale
- Mange jusqu'à ressentir une distension abdominale inconfortable
- Mange de grandes quantités de nourriture sans sensation de faim
- Mange seul car se sent gêné de manger une telle quantité de nourriture
- Après les crises ressent un dégoût de soi, dépression ou grande culpabilité

C. Comportement boulimique source de souffrance marquée

D. Fréquence au moins 1 fois par semaine sur une période de 3 mois

E. Le comportement boulimique n'est pas associé à des comportements compensatoires inappropriés et n'intervient pas exclusivement au cours de l'anorexie ou de la boulimie (stratégie de contrôle du poids).

Annexe 5. Mécanisme de régulation de la prise alimentaire, issu des travaux de Carrer et Giusti, Food intake: not only a question of will, Figure 1, Revue Médicale Suisse, p.770, 2009 (81)



Annexe 6. Questionnaires utilisés pour l'exploration des troubles du comportement alimentaire au sein des candidats à la chirurgie bariatrique

Trouble exploré	Autoquestionnaire	Hétéroquestionnaire
Troubles anxieux	-Echelle de Spielberger -Hamilton (anxiété vie entière) -Beck Anxiety Inventory (BAI)	Echelle brève de Tyrer (anxiété-état)
Dépression	-Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) -Beck Depression Inventory (BDI)	HRSD (Hamilton Rating Scale for Depression)
Comportement alimentaire	-Three Factors Eating Questionnaire (TFEQ) -Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) -Eating Disorder Inventory (EDI) -Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) -Binge Eating Scale (BES) -Binge Eating Questionnaire (BEQ) -Bulimia test (BULIT)	
Qualité de vie	-Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS) -Impact of Weight on Quality of Life (IWQOL) -Moorehead-Ardelt Quality of life Questionnaire II (M-A QoLQ-II) -OMS 36-item Short Form Health Survey (SF-36)	

**AUTEUR : DURAND Aurélie**

**Date de Soutenance : Jeudi 6 Juillet 2017**

**Titre de la Thèse : Suicidalité au décours d'une chirurgie bariatrique : enjeux et perspectives.**

**Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement : psychiatrie**

**DES + spécialité : psychiatrie**

**Mots-clés : suicide, chirurgie bariatrique, suicidalité, tentative de suicide, mortalité.**

**Résumé :**

**Contexte :** La chirurgie bariatrique constitue le traitement de choix de l'obésité morbide. Si elle permet une réduction de la morbi-mortalité, elle n'est pas sans conséquence sur le plan psychique. Quelques études attestent d'une surmortalité par suicide chez les sujets opérés dans les années post-opératoires.

**Méthode :** Par une revue de littérature, nous nous sommes proposés d'évaluer l'état des lieux de santé mentale en post-opératoire, en particulier la prévalence du suicide et équivalents suicidaires et dans un second temps les enjeux psychiques et les moyens de prévention du risque suicidaire en pré et en post-opératoire.

**Résultats :** Peu d'études ciblant la mortalité par suicide chez les sujets opérés d'une intervention bariatrique ont été publiées. Les résultats de ces travaux démontrent majoritairement un risque suicidaire augmenté en post-opératoire par rapport à la population générale. Les hypothèses présentées remettent en question le cadre de l'avis psychiatrique pré-opératoire et la nécessité d'une précision des contre-indications, ainsi que la préparation comme le suivi post-opératoire en tant qu'étapes majeures de prévention. L'impact psychique d'une chirurgie bariatrique est d'autant plus important que ces patients présentent en amont une estime de soi et une image corporelle fragiles. Chaque variation de poids implique au-delà du remodelage physique, des remaniements psychiques par lesquels les fragilités peuvent se révéler sous la forme d'idée ou de geste suicidaire.

**Conclusion :** Il semble exister une majoration du risque suicidaire dans les années suivant une intervention bariatrique. Ces patients nécessitent une évaluation et un accompagnement pluridisciplinaires à vie afin de prévenir un risque suicidaire en post-opératoire.

**Composition du Jury :**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Monsieur le Professeur Robert CAIAZZO**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Jean-Paul DURAND**