



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

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**L'addictologie peut-elle apporter un autre regard sur l'obésité ?**

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 20 octobre 2017 à 16h  
au pôle Formation  
**Par Marion DIERS**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur O. COTTENCIN**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur P. THOMAS**

**Monsieur le Professeur G. VAIVA**

**Monsieur le Professeur V. DODIN**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur P. CHAMBAUD**

---

## **Avertissements**

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



# RESUME

Aujourd'hui, la plupart des rencontres entre un psychiatre et un patient présentant une obésité se limite à deux circonstances distinctes : en amont du dispositif de chirurgie bariatrique dans un contexte ponctuel d'évaluation, et en aval de cette prise en charge lorsque celle-ci est contre indiquée ou inefficace. Dans le premier cas le psychiatre est cantonné à une position d'expert, et dans le second il peut être confronté à ses propres limites en termes de connaissances et d'outils thérapeutiques. Ce constat nous a ainsi poussés à mener une réflexion sur la place du psychiatre dans la prise en charge de ces patients en grande souffrance.

Une revue de la littérature montre que l'obésité est en constante augmentation et concernerait actuellement 15% de la population adulte en France. Devant l'importance des complications somatiques et de la mortalité, la prise en charge se concentre sur les problématiques pondérales et somatiques. Cependant, malgré le développement de nouvelles perspectives de soins, comme la chirurgie bariatrique, les résultats restent mitigés.

Une réflexion autour de l'identité des patients résistants à cette prise en charge amène alors à questionner l'intérêt de distinguer différentes formes d'obésités plutôt que de les englober sous une appellation unique et symptomatique. En particulier, cette sous-population de patients questionne sur son rapport à la nourriture et surtout à la limite, faisant ainsi écho aux problématiques addictives.

A travers diverses approches (clinique, neurobiologique et psychopathologique) nous proposons alors une grille de lecture addictologique de l'obésité, en détaillant comment la nourriture assure une fonction d'économie psychique, tout en s'appuyant sur des fondements

neuro-anatomiques propres aux addictions. Si l'on ne peut pas considérer l'obésité dans sa globalité comme une addiction, certains comportements alimentaires à l'origine de celle-ci semblent donc s'intégrer dans une problématique addictive.

L'addictologie permet ainsi de porter un autre regard sur la question du surpoids, menant nos réflexions d'une conception centrée sur un *symptôme* somatique monolithique - l'obésité - à une conception centrée sur un *comportement* subjectif – l'hyperphagie. Ce glissement conceptuel permet d'envisager des perspectives pratiques (en termes de formation, prévention et prise en charge), dans lesquelles le psychiatre a sans conteste un rôle à jouer au sein de dispositifs pluridisciplinaires.

# TABLE DES MATIÈRES

RESUME .....	1
TABLE DES MATIÈRES.....	3
LISTE DES ABREVIATIONS.....	6
INTRODUCTION .....	7
I. L'OBESITE : ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ACTUELLES.....	12
A. Définition.....	12
B. Prévalence .....	15
C. Étiologies .....	16
a. Les facteurs génétiques .....	16
b. Les facteurs endocriniens .....	17
c. Les facteurs pharmacologiques .....	17
d. Les facteurs liés à l'hygiène de vie. ....	17
e. Les facteurs psychosociaux .....	18
f. Habitus alimentaire familial et antécédents d'obésité dans l'enfance.....	19
g. Les troubles du comportement alimentaire .....	20
h. La restriction cognitive.....	21
D. Les comorbidités de l'obésité .....	22
a. Les comorbidités somatiques.....	22
b. Les comorbidités psychiatriques .....	23
E. La prise en charge actuelle .....	24
a. Les recommandations .....	24
b. L'éducation thérapeutique du patient et les réseaux de soins .....	27
c. La chirurgie bariatrique.....	29
d. Efficacité de la prise en charge .....	31
1) Résultats de la prise en charge non chirurgicale.....	31

2) Résultats de la chirurgie bariatrique .....	31
a) Résultats pondéraux et somatiques.....	31
b) Résultats sur la qualité de vie.....	32
c) Résultats sur les comorbidités psychiatriques .....	34
II. LES OBESITES : LECTURE CRITIQUE DU POINT DE VUE DU PSYCHIATRE .....	38
A. L'obésité : symptôme ou maladie ? .....	38
B. Discussion nosographique .....	39
C. Discussion sur la prise en charge.....	41
D. Qui sont ces patients qui échappent à la prise en charge ?.....	42
III. PROPOSITION D'UNE GRILLE DE LECTURE ADDICTOLOGIQUE .....	45
A. Approche clinique.....	45
a. Clinique de l'addiction .....	45
b. Qu'en est-il chez les patients obèses ?.....	48
B. Approche neurobiologique .....	51
a. Neurobiologie de l'addiction .....	51
b. Qu'en est-il chez les patients obèses ?.....	53
C. Approche psychopathologique .....	56
a. La fonction d'économie psychique de l'addiction .....	56
b. La problématique du lien à l'objet dans l'addiction.....	58
c. L'addiction au cœur du système familial .....	60
d. Qu'en est-il chez les patients obèses ?.....	61
IV. PERSPECTIVES ET PLACE DE LA PSYCHIATRIE .....	65
A. Terminologie : de l'obésité à l'hyperphagie.....	65
B. Prévention.....	67
C. Prise en charge de l'hyperphagie .....	69
a. Accès aux soins et orientation.....	69
b. Structures de soins.....	71
c. Outils de soins .....	73
1) La psychothérapie individuelle .....	75

2) Les prises en charge familiales .....	76
3) Groupes de pairs.....	77
4) La prise en charge corporelle .....	77
5) La prise en charge diététique .....	79
6) L'abord pharmacologique .....	81
D. Perspectives de recherche .....	81
E. Représentations de l'obésité et perspectives de formation .....	82
F. Place du psychiatre .....	84
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>87</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>89</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>96</b>
Annexe 1 : Classification de l'obésité dans la CIM-10 .....	96
Annexe 2 : Critères diagnostiques de l'hyperphagie boulimique (Binge Eating Disorder) dans le DSM-V ....	97
Annexe 3 : Parcours de soins du patient candidat à la chirurgie bariatrique d'après l'HAS .....	99
Annexe 4 : Classification des troubles du comportement alimentaire dans la CIM-10.....	100



# LISTE DES ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IMC : Indice de Masse Corporel

HAS : Haute Autorité de Santé

DSM-V : Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux de l'Association Américaine de  
Psychiatrie.

CIM-10 : Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé

TCA : Troubles du comportement alimentaire

BED : Binge Eating Disorder

NES : Night Eating Syndrome

SRED : Sleep-Related Eating Disorder

ATV : Aire Tegmentale Ventrale

# INTRODUCTION

Le sujet souffrant d'obésité n'est pas, à proprement parler, un sujet d'attention pour la psychiatrie. Rarement abordée dans la littérature spécialisée, cette question est absente du cursus d'enseignement théorique du psychiatre.

Or, force est de constater que l'expérience de l'internat confronte fréquemment le praticien en formation à cette problématique.

C'est à partir de cette contradiction que s'est construite notre réflexion sur la place du psychiatre dans les soins des patients identifiés comme « obèses » et, réciproquement, sur celle de ces derniers au sein des dispositifs psychiatriques.

Deux vignettes cliniques illustrent et introduisent cette problématique.

*Le psychiatre face à l'obésité dans un service d'accompagnement à la chirurgie bariatrique.*

Nous rencontrons madame X, 51 ans, dans le cadre d'une évaluation psychiatrique d'un dispositif de chirurgie bariatrique. Cette consultation, assurée par l'équipe de secteur du Dr Durand, en collaboration avec le CH de Dunkerque, est une étape obligatoire dans le parcours de soin pluri-disciplinaire qui précède la décision chirurgicale.

L'interrogatoire met en évidence une histoire pondérale marquée par une multitude de tentatives de régimes, médicalement encadrées ou non, aboutissant à un effet « yoyo » décrit comme « décourageant » par la patiente. Le parcours est émaillé par la rencontre de multiples praticiens : médecin traitant, endocrinologue, gastro-entérologue, diététicienne. La

patiente précise en revanche que c'est la première fois qu'elle rencontre un psychiatre. Elle s'étonne d'ailleurs d'y être obligée, considérant qu'elle est « grosse mais pas folle ». Malgré cette réticence initiale, madame X investira bien l'entretien, décrivant une véritable souffrance psychique, secondaire au retentissement fonctionnel de l'obésité. S'y ajoute la stigmatisation qu'elle ressent dans sa sphère professionnelle, sociale et familiale.

Enfin, le retour sur sa biographie mettra en évidence des antécédents familiaux de troubles de l'humeur et, chez la patiente, des périodes répétées de « déprime », associées à des idées suicidaires. Ces probables épisodes dépressifs récurrents, minimisés par la patiente, « n'arriveront probablement plus quand je serai opérée », nous dit-elle.

A l'issue de cet entretien d'évaluation, la patiente ne souhaitera pas initier des soins psychothérapeutiques que nous lui suggérons.

#### *Le psychiatre face à l'obésité dans un service de troubles du comportement alimentaire.*

Madame Y, patiente de 45 ans présentant une obésité morbide, consulte spontanément dans le service de troubles du comportement alimentaire du Pr Dodin à Lille. Elle nous sollicite pour une orientation thérapeutique suite au refus d'une équipe de chirurgie bariatrique de l'opérer. Cette contre-indication aurait été posée suite à une rencontre avec la psychologue dans le cadre du protocole préopératoire.

En reprenant l'histoire de la maladie, elle rapporte une obésité ancienne et de multiples tentatives de régimes. On note de lourds antécédents traumatiques dans l'enfance, vécus dans le cadre familial. La patiente décrit des grignotages quasi permanents et des prises alimentaires compulsives. Il apparaît qu'elle utilise la nourriture comme une source d'apaisement extérieur quelques soient les émotions ressenties, bonnes ou mauvaises.

Elle décrit ainsi le caractère « protecteur » de son obésité, « comblant » une estime d'elle-même très fragile.

Sur le plan diagnostique *stricto sensu*, on ne retrouve ni l'ensemble des critères d'un trouble du comportement alimentaire constitué (boulimie ou hyperphagie boulimique), ni d'éléments en faveur d'une autre pathologie psychiatrique.

Madame Y, en souffrance psychique et somatique, est donc en demande d'être orientée vers des soins adaptés. Nous sommes cependant en difficulté pour l'accompagner : d'un côté, les structures psychiatriques dont nous disposons, orientées davantage vers l'anorexie mentale, ne nous paraissent pas adaptées, et de l'autre nous manquons d'informations et d'échanges avec les réseaux de prise en charge de l'obésité.

Que nous disent les rencontres de madame X et de madame Y ?

Dans le premier cas, malgré sa souffrance psychique et ses antécédents psychiatriques personnels et familiaux, madame X n'est pas en *demande* de rencontrer un psychiatre.

Comme pour la majorité des patients engagés dans un parcours préopératoire, les symptômes psychiques sont plutôt banalisés, associés à des événements de vie ou identifiés comme des conséquences de l'obésité, ne pouvant que s'améliorer après la chirurgie. Découragés par l'inefficacité au long cours des multiples tentatives de perte pondérale, la plupart des patients laissent ainsi la priorité aux conséquences somatiques, ne comprenant pas l'intérêt d'une évaluation psychiatrique. Au mieux, cette rencontre est perçue comme l'occasion d'initier des soins complémentaires à la chirurgie, au pire comme un risque d'être récusé d'une prise en charge perçue comme la solution ultime voire « magique ».

Madame Y, de son côté, se dit en *demande* de soins psychologiques, voire psychiatriques.

Pourtant, comme pour la majorité des patients en surpoids consultant dans les services centrés sur les troubles du comportement alimentaire, cette demande est difficile à satisfaire, voire à entendre. Bien que les processus psychiques en jeu (fonction d'économie psychique de l'alimentation) apparaissent proches de ceux reconnus dans les conceptions addictologiques des troubles du comportement alimentaire (anorexie et boulimie), les outils de soins dont nous disposons ne paraissent pas adéquats.

Malgré des similitudes cliniques et psychopathologiques évidentes entre l'obésité et les troubles du comportement alimentaire, il existe donc une scission claire concernant leur approche et leur traitement dans la culture médicale d'aujourd'hui. La prise en charge de l'obésité, centrée sur la problématique pondérale et somatique, est effectuée dans les services de médecine alors que celle des troubles du comportement alimentaire, identifiés comme des pathologies addictives, est davantage du domaine de la psychiatrie.

Au total, nous constatons qu'à l'heure actuelle la plupart des rencontres entre un psychiatre et un patient présentant une obésité se limite à deux circonstances distinctes : en amont du dispositif de chirurgie bariatrique dans un contexte ponctuel d'évaluation, et en aval de cette prise en charge lorsque celle-ci est contre indiquée ou inefficace. Dans le premier cas le psychiatre est cantonné à une position d'expert, et dans le second il peut être confronté à ses propres limites en termes de connaissances et d'outils thérapeutiques. Autrement dit, dans le premier cas le psychiatre n'a pas sa place parmi les soignants, et dans le second le patient n'a pas la sienne parmi les soignés.

Dans ce contexte, dans quelle mesure les conceptions issues de l'addictologie pourraient-elles apporter un regard neuf sur la compréhension et la prise en charge de l'obésité ?

Pour répondre à cette interrogation, nous commencerons par un état des lieux des connaissances actuelles sur l'obésité. Les données de la littérature seront discutées, aboutissant à la proposition d'une grille de lecture addictologique de l'obésité. Enfin, nous évoquerons les perspectives que ce point de vue pourrait apporter, et dans quelle mesure le psychiatre pourrait s'engager différemment ou davantage dans la prise en considération de cette problématique.

# I. L'obésité : état des lieux des connaissances actuelles

## A. Définition

L'obésité est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « une accumulation excessive de graisse qui pourrait nuire à la santé » (1). Cette définition repose sur le calcul de l'indice de masse corporelle. Cet indice est corrélé à la quantité de masse adipeuse et se calcule en divisant le poids par la taille au carré. Il est donc exprimé en  $\text{kg/m}^2$ . Il s'applique aux adultes de tout âge et des deux sexes. Cependant, il reste une évaluation approximative car, selon les individus, il ne correspond pas forcément à la même masse graisseuse. L'obésité est donc définie par un IMC supérieur ou égal à  $30 \text{ kg/m}^2$  et est répartie en trois stades d'après l'OMS (Tableau 1). Cet indice peut être complété par la mesure du périmètre abdominal. Chez l'adulte, elle permet d'évaluer l'excès de graisse abdominale, associée au développement de complications métaboliques et vasculaires de l'obésité. Ce lien est indépendant de l'IMC (1).

	Classe de l'obésité	IMC ( $\text{kg/m}^2$ )
Insuffisance pondérale		< 18,5
Poids normal		18,5-24,9
Surpoids		25,0-29,9
Obésité	I Obésité modérée	30,0-34,9
	II Obésité sévère	35,0-39,9
	III Obésité morbide	$\geq 40$

**Tableau 1** : Classification du surpoids et de l'obésité en fonction de l'IMC par l'OMS (1).

Chez l'enfant et l'adolescent, des courbes de corpulence adaptées à la pratique clinique ont été établies pour définir les zones d'obésité, de normalité et d'insuffisance pondérale (Figure 2) (2). Ces courbes, établies séparément pour les garçons et les filles âgés de zéro à dix-huit ans sont dans les carnets de santé depuis 1997. La corpulence variant au cours de la croissance, il est donc important de la corrélérer à l'âge de l'enfant. La normalité pondérale correspond à la zone située entre le 3<sup>e</sup> et le 97<sup>e</sup> percentile. La ligne du 97<sup>e</sup> percentile est proche de la courbe qui arrive à un IMC de 25kg/m<sup>2</sup> à 18 ans. L'obésité chez l'enfant et l'adolescent est également répartie en deux grades, celle de degré 1 au-delà de la courbe qui aboutit à un IMC de 25 kg/m<sup>2</sup> à 18 ans et celle de grade 2, au-delà de la courbe aboutissant à un IMC de 30 kg/m<sup>2</sup> à 18 ans.

On retrouve dans ces courbes la variation physiologique de la corpulence en trois temps successifs. Ils comprennent tout d'abord une majoration au cours de la première année, suivie d'un ralentissement jusqu'à l'âge de six ans. Enfin, on observe une nouvelle majoration de l'adiposité jusqu'à la fin de la croissance, période dénommée le rebond adipocytaire. Chez la plupart des enfants et des adolescents souffrant d'obésité, ce rebond apparaît avant l'âge de six ans.





## B. Prévalence

Selon l'OMS, le nombre de cas d'obésité dans le monde a plus que doublé entre 1980 et 2014 (1). En 2014, on estime qu'il a atteint 600 millions de personnes chez les adultes âgés de plus de 18 ans dans le monde, soit 13% d'entre eux. Concernant les enfants, on estime qu'en 2014, 41 millions d'enfants de moins de 5 ans sont en surpoids ou obèses.

L'obésité ne concerne plus uniquement les pays à hauts revenus. En effet, on recense dans la plupart des pays du monde un nombre supérieur de personnes souffrant de surpoids et d'obésité que d'insuffisance pondérale. Il est également à l'origine d'un nombre supérieur de décès. Chaque année, au moins 2,8 millions de personnes décèdent dans le cadre de leur surpoids ou de leur obésité. A la vue de ces différents chiffres et de leur évolution, l'OMS a attribué à l'obésité le statut d'épidémie mondiale.

En France, selon la dernière étude Obépi de 2012 (5), 15 % des adultes de plus de 18 ans souffrent d'obésité, soit 6 992 000 personnes. On y retrouve également une augmentation de sa prévalence puisqu'en 1980, celle-ci était de 6,1%. Son augmentation est inégalement répartie entre les deux sexes et entre les populations. En effet, elle est plus importante chez les femmes âgées de plus de 18 ans, avec une augmentation de 89,2% entre 1997 et 2012 contre 62,5% chez les hommes de cette même population. On observe également une inégalité dans sa répartition sur le territoire avec une prévalence variable selon les régions (la plus touchée étant le Nord-Pas-de-Calais avec une prévalence de 20,5%). Enfin, la prévalence de l'obésité reste inversement proportionnelle au niveau d'instruction.

## C. Étiologies

L'obésité est une pathologie chronique évolutive, d'origine multifactorielle. Les différents facteurs d'ordre biologiques, environnementaux, comportementaux et sociaux influent sur la régulation de la balance énergétique. L'obésité est alors le résultat d'un déséquilibre prolongé de cette balance avec des apports énergétiques journaliers qui dépassent de manière prolongée les dépenses (1).

### a. Les facteurs génétiques

En dehors de quelques cas spécifiques d'anomalies monogénétiques (mutation du gène de la leptine et mutation de la proconvertase), l'obésité est d'origine multi-génétique (6,7). Actuellement, aucun marqueur génétique n'est utilisé en pratique clinique pour évaluer le risque d'obésité chez un parent du premier degré d'un patient obèse (1). Cependant, le degré d'héritabilité génétique de l'obésité abdominale est estimé à 50% (8). Les facteurs génétiques ont ainsi un rôle indéniable mais ne sont pas à eux seuls responsables de l'obésité. Les connaissances actuelles sont donc plutôt en faveur d'une interaction entre des facteurs de prédisposition génétiques associés à des facteurs environnementaux (6,7,9).

## **b. Les facteurs endocriniens**

L'hypothyroïdie, l'acromégalie et la maladie de Cushing peuvent être à l'origine d'une obésité mais ils sont très peu impliqués car rarement diagnostiqués dans le cadre d'une obésité isolée (1,9).

## **c. Les facteurs pharmacologiques**

Un certain nombre de médicaments sont répertoriés comme pouvant entraîner une prise pondérale (1). Parmi eux, on retrouve les traitements psychotropes, avec en première ligne les antipsychotiques mais aussi les thymorégulateurs et les antidépresseurs. D'autres classes de médicaments comme les antiépileptiques, les antidiabétiques comme l'insuline et les sulfamides hypoglycémiantes, les corticoïdes, les antihistaminiques, les traitements hormonaux et les antioestrogènes comme le Tamoxifène peuvent être à l'origine d'une prise de poids (1).

## **d. Les facteurs liés à l'hygiène de vie.**

Selon l'OMS, certains **facteurs alimentaires** augmenteraient, le risque d'aboutir à des apports énergétiques excessifs (1,10). Ceux-ci comprennent, bien entendu, la consommation d'aliments à densité énergétique élevée, c'est à dire riche en lipides ou en sucres et pauvres en fibres, les boissons sucrées et la taille importante des portions. Certains comportements alimentaires peuvent également favoriser l'obésité comme la tachyphagie et les grignotages. La première correspond à l'ingestion rapide d'aliments et s'observe au cours des repas. A l'inverse, la seconde s'observe entre les repas, en l'absence d'envie et de sensation de faim

avec une consommation répétitive de petites quantités d'aliments qui sont facilement accessibles.

La **sédentarité** et l'arrêt de l'activité physique et sportive favorisent également une prise de poids voire une obésité (1,10). La sédentarité est habituellement quantifiée par le temps passé devant la télévision. Dans ces circonstances, les dépenses énergétiques du sujet sont proches de celles au repos et celui-ci est sujet à de nombreuses incitations à la consommation et à l'alimentation notamment par l'intermédiaire de la publicité.

Concernant les **toxiques**, une consommation modérée d'alcool favorise son oxydation immédiate au dépend de celle des lipides (1). Elle favorise ainsi le stockage des lipides alimentaires dans le tissu adipeux, majorant l'adiposité abdominale et ainsi le risque de surpoids et d'obésité. Le sevrage tabagique est également un facteur favorisant de la prise de poids, celle-ci est variable en fonction des sujets, de leur statut social, de leur comportement, de leur âge, etc.

## e. Les facteurs psychosociaux

La dernière enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et le surpoids datant de 2012 révèle « la persistance d'importantes différences de prévalence de l'obésité entre catégories socio-professionnelles »(5). De plus, comme dans chaque étude Obépi depuis 1997, le niveau d'instruction et le niveau de revenus du foyer sont inversement proportionnels à la prévalence de l'obésité. Un **niveau socio-économique** faible serait donc un facteur de risque d'obésité. Certaines hypothèses à l'origine d'un déséquilibre prolongé de la balance énergétique sont évoquées. Sont notamment incriminés : une alimentation de forte densité énergétique mais de

faible densité nutritionnelle, la sédentarité, le coût élevé des produits à forte teneur nutritionnelle (fruits et légumes, viande), etc. (11).

Par ailleurs, certains **événements biographiques** peuvent être associés à un risque de développer une obésité comme la grossesse, la ménopause, avoir des enfants, etc. (1). Le stress au travail, comme d'autres facteurs professionnels est également incriminé en raison de ses conséquences métaboliques et comportementales. Un stress chronique engendrerait une accumulation des tissus adipeux dans la région intra-abdominale. De plus, un certain nombre d'études semblent en faveur d'une majoration du risque de prise pondérale et d'obésité dans le cadre de la diminution du temps de sommeil mais des études complémentaires sont nécessaires pour mieux définir leur relation.

## **f. Habitus alimentaire familial et antécédents d'obésité dans l'enfance**

La question de l'alimentation est présente dès le plus jeune âge notamment lors des premières interactions entre le bébé et son environnement et plus particulièrement avec ses parents (12). Une réponse alimentaire systématique à toute demande du bébé pourrait favoriser une pratique de grignotage par la suite. Certaines pratiques alimentaires structurantes comme la prise d'un repas du soir structuré en famille sont protectrices contre l'obésité. A l'inverse, l'absence de transmission de repères alimentaires qu'ils soient qualitatifs ou quantitatifs peut favoriser un surpoids voire une obésité dès le plus jeune âge (1,9,10).

D'autre part, En cas d'obésité dans l'enfance, la probabilité que celle-ci persiste à l'âge adulte varie de 20 à 50% si elle précède la puberté et de 50 à 70% si elle la succède(1,2).

## g. Les troubles du comportement alimentaire

**L'hyperphagie boulimique**, autrement nommée accès hyperphagique, ou Binge Eating Disorder est un trouble du comportement alimentaire répertorié dans le DSM-V (4). Celle-ci est définie par la survenue récurrente de crises de boulimie, non associées à des comportements compensatoires inappropriés. Ces crises doivent répondre à un certain nombre de critères cliniques notamment concernant leur fréquence et leur retentissement fonctionnel (Annexe 2). Selon les études, cette pathologie concernerait 30 à 50 % des patients souffrant d'obésité et environ un homme pour deux femmes (13).

D'autres troubles alimentaires comme **les troubles alimentaires nocturnes** peuvent également se compliquer d'une obésité (14). Ils comprennent le Night Eating Syndrome (NES) et le Sleep-Related Eating Disorder (SRED).

Le Night Eating Syndrome se définit par une augmentation significative des apports alimentaires le soir et/ou la nuit estimée à plus de 25% des apports alimentaires journaliers (15). Cette augmentation a lieu après le repas du soir et/ou lors d'au moins deux épisodes de prise alimentaire nocturne par semaine. A ces symptômes peuvent s'associer un manque de désir de manger le matin, des troubles du sommeil, la croyance d'une nécessité de manger pour trouver le sommeil, une forte envie de manger le soir et la nuit et une dépressivité de l'humeur qui peut se majorer le soir. Les patients sont alors conscients de ces épisodes et de leur caractère pathologique. Ces comportements doivent être à l'origine d'une importante détresse et/ou d'un retentissement fonctionnel persistant depuis au moins trois mois pour pouvoir poser le diagnostic (15).

Le Sleep-Related Eating Disorder se caractérise par des épisodes d'hyperphagie uniquement au cours du sommeil. Le niveau de conscience variable des patients lors de ces accès et leur caractère involontaire le rapproche du somnambulisme et le classent dans les parasomnies. On retrouve fréquemment chez ces patients un trouble du sommeil sous-jacent tel que le syndrome des jambes sans repos, le somnambulisme, l'insomnie ou le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (14).

## **h. La restriction cognitive**

Pour finir, certains travaux mettent en avant le rôle de la restriction cognitive dans la genèse et l'entretien de l'obésité (1,16,17).

Il s'agit d'un hypercontrôle alimentaire au cours duquel l'alimentation du sujet est régie par un certain nombre de règles alimentaires rigides au dépend des sensations alimentaires (17). Cet hypercontrôle serait instauré dans un but de stabilisation ou de perte pondérale. Il entraîne un comportement alimentaire en décalage avec les systèmes de régulation physiologique de l'alimentation. Ainsi, les prises alimentaires ne répondent plus aux sensations corporelles de régulation de l'alimentation comme la faim et le rassasiement. Le sujet lutte contre ses propres envies de manger en mettant en place différentes stratégies : une répartition des aliments entre les aliments « autorisés » et les « interdits », un système de punition/récompense en fonction des « écarts » aux règles instaurées, un évitement des situations à risques de transgressions, etc. Dans un second temps, on observe fréquemment une perte de contrôle progressive, entraînant une alternance entre des périodes de restriction intense et des périodes de perte de contrôle et d'hyperphagie. Cette perte de contrôle peut selon son intensité, sa fréquence et ses caractéristiques correspondre à un diagnostic d'accès hyperphagique, de boulimie ou



d'hyperphagie boulimique. Elle peut donc être à l'origine d'importantes fluctuations pondérales voire de surpoids ou d'obésité (17).

## **D. Les comorbidités de l'obésité**

### **a. Les comorbidités somatiques**

Une donnée est bien connue aujourd'hui par la littérature scientifique, les médecins et le grand public : l'association de l'obésité à un risque plus élevé de développer d'autres pathologies somatiques, graves pour la plupart et susceptibles de réduire l'espérance de vie des patients (1,9,18). Ces pathologies comprennent avant tout les complications cardiovasculaires avec un risque accru d'hypertension artérielle, de pathologies coronariennes et ischémiques. L'augmentation de l'IMC est également fortement liée au risque de développer un diabète de type 2. Certains cancers comme ceux de l'œsophage, du pancréas, du sein, du rein mais aussi le cancer colo-rectal sont plus fréquents. Chez les femmes, l'obésité entraîne des troubles de la fertilité et une majoration du risque de complications obstétricales (fausse couche, mortalité fœtale, anomalies structurelles congénitales, etc.) (19) Concernant la sphère hépato-biliaire on observe un taux plus élevé de stéato-hépatites non alcooliques et de lithiases vésiculaires. Sur le plan respiratoire, on note un risque accru de syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil et d'asthme. A cela, s'ajoutent fréquemment des complications ostéo-articulaires dominées par l'arthrose. Au final, la mortalité totale des adultes souffrant d'obésité évolue sous la forme d'une courbe en J en fonction de leur corpulence, c'est-à-dire qu'elle est

nettement augmentée pour un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m<sup>2</sup> ou un IMC inférieur à 18,5 kg/m<sup>2</sup>(1).

## **b. Les comorbidités psychiatriques**

Selon la littérature, les patients obèses présentent de nombreuses comorbidités psychiatriques (1,20). En effet, on retrouve un risque accru de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et de mésusage d'alcool chez ces patients par rapport aux patients normo-pondérés (20). Au sein de cette population de patients, les candidats à la chirurgie bariatrique souffriraient, quant à eux, plus fréquemment de troubles psychiatriques que les patients non candidats à ce traitement (21–23). Les antécédents psychiatriques les plus fréquemment rapportés (environ 45%) dans l'histoire de vie des patients sont les troubles de l'humeur. Cependant, lors de l'évaluation pré-chirurgicale, ce sont les troubles anxieux qui sont le plus fréquemment diagnostiqués (24%) ((21,22)

Concernant les troubles du comportement alimentaire, le plus fréquemment rapporté est l'hyperphagie boulimique avec une fréquence de 16,3% lors de l'évaluation pré-chirurgicale et 29,5% d'antécédents (24).

Concernant le mésusage et la dépendance aux substances, les études se sont principalement concentrées sur ceux de l'alcool. Les patients rapportent respectivement des antécédents chez un tiers d'entre eux et à peine 2% lors de l'entretien d'évaluation. On peut cependant se questionner sur la sous-estimation des consommations déclarées lors de cette évaluation (21). De plus, on note l'importance des antécédents de stress post-traumatique (11,8%) suite à des traumatismes, notamment sexuels, subis pendant l'enfance (21).

## E. La prise en charge actuelle

### a. Les recommandations

Selon les recommandations de l'HAS (1), la prise en charge de l'obésité débute par un bilan initial clinique et paraclinique complet pour confirmer le diagnostic, et évaluer les potentielles complications et comorbidités. Elle repose ensuite sur plusieurs objectifs :

- La perte de poids, qui doit être « réaliste et adaptée à la situation clinique ». Une perte pondérale de 5 à 15 % par rapport au poids initial est donc envisageable et « suffisante pour améliorer les principales comorbidités ». Cependant, l'objectif peut être majoré en cas d'obésité morbide ( $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ ) ou de comorbidités graves. A l'inverse, « interrompre la prise pondérale peut déjà être un objectif intéressant chez les patients en situation d'échec thérapeutique ».
- S'y associe une prise en charge des comorbidités qui ne doit pas être négligée.
- Ensuite, « la perte pondérale doit être maintenue par la stabilisation du poids ». La reprise de poids après l'amaigrissement est très fréquente, elle doit alors être accompagnée médicalement notamment par le rappel des multiples facteurs de résistance à l'amaigrissement (génétiques, physiologiques, environnementaux, psychologiques, comportementaux, etc.).

Selon l'HAS, le médecin doit veiller à accompagner le patient avec un « discours adapté, non culpabilisant » et peut parfois sensibiliser, voire intégrer l'entourage à la démarche thérapeutique.

La prise en charge repose sur trois axes : la réadaptation nutritionnelle, la reprise d'une activité physique adaptée et un suivi psychologique et médical. Elle est établie après une évaluation des apports et des dépenses énergétiques du patient et adaptée à ses capacités.

Sur le plan nutritionnel, le médecin peut proposer des mesures simples, personnalisées et adaptées à l'environnement (éviter les grignotages, ne pas sauter de repas, ne pas se resservir, etc.) pour orienter le patient vers une alimentation de densité énergétique moindre et/ou pour contrôler les quantités afin de diminuer la ration énergétique. Il est également important d'informer les patients sur les risques liés aux régimes trop restrictifs.

En parallèle, les patients doivent être encouragés à reprendre une activité physique adaptée à leurs capacités et à leur motivation. Elle comprend « au moins 150 minutes (2 h 30) par semaine d'activité physique d'intensité modérée, celle-ci peut être fractionnée en une ou plusieurs sessions d'au moins 10 minutes ».

Une prise en charge psychologique est par ailleurs recommandée. Celle-ci peut reposer sur les approches favorisant la motivation au changement et la relation médecin-malade mais seules les techniques cognitivo-comportementales et comportementales ont été évaluées et ont fait preuve de leur efficacité (25).

L'obésité est une pathologie chronique, elle nécessite donc une prise en charge au long cours avec une fréquence des consultations adaptée pour atteindre et maintenir les objectifs thérapeutiques définis par le patient et le médecin. Ce suivi peut être réalisé en premier recours par le médecin généraliste qui peut également envisager une prise en charge spécialisée par un diététicien ou un médecin spécialisé en nutrition, un psychologue et/ou un psychiatre ou un professionnel en activité physique adaptée tout en continuant à suivre le patient. Ce second recours est évoqué en cas d'échec, c'est-à-dire après six mois à un an de prise en charge ou

de récidives après plusieurs régimes (1). De plus, dans le cadre de troubles du comportement alimentaire, une prise en charge par un psychiatre et/ou psychologue formé à ces pathologies peut être envisagée en complément de celle du médecin traitant.

Un avis spécialisé peut aussi être demandé dans le cadre d'un projet de chirurgie bariatrique en cas d'IMC  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$  avec des comorbidités ou d'IMC  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ (8,26). Le patient bénéficie alors d'une évaluation pluridisciplinaire des indications et contre-indications à cette chirurgie.

Au total, l'ensemble des interventions thérapeutiques recommandées par l'HAS est adapté à la situation clinique du patient (Tableau 2).

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Tour de taille (cm)		Présence de comorbidités
	Bas Hommes < 94 Femmes < 80	Élevé Hommes $\geq 94$ Femmes $\geq 80$	
25 - 30		▨▨▨▨▨▨▨▨	
30 - 35	■	■	
35 - 40	■	■	■
> 40	■	■	■

- **SURPOIDS SIMPLE : conseils généraux sur un poids de forme et le mode de vie**  
(objectif : prévenir une prise de poids supplémentaire)
- ▨▨▨▨▨▨▨▨ **SURPOIDS AVEC TOUR DE TAILLE ÉLEVÉ : conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique**  
(objectif : prévenir une prise de poids supplémentaire et réduire le tour de taille)
- **Conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique** (objectif : réduire le poids de 5 % à 15 %)
- **Conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique** (objectif : réduire le poids). **Considérer la chirurgie bariatrique\***

**Tableau 2** : Interventions proposées en fonction de l'IMC, du tour de taille et de la présence de comorbidités pour atteindre l'objectif thérapeutique. Tableau de l'HAS (1).

## **b. L'éducation thérapeutique du patient et les réseaux de soins**

Les recommandations de soins préconisent donc une prise en charge initiale par le médecin traitant. Cependant, celle-ci peut être complétée par une prise en charge spécialisée et pluridisciplinaire, notamment en cas d'échec de la prise en charge (8). Intéressons-nous alors à leur application à travers quelques exemples.

Dans ces recommandations, la prise en charge repose sur différents objectifs qui doivent être individualisés, réalisables et expliqués de manière adaptée par le médecin au patient. C'est notamment ce que propose **l'éducation thérapeutique du patient** en mettant au centre des soins le patient et sa motivation au changement (27). Elle débute par une évaluation complète du patient avec le récit de son histoire de vie mais aussi de son histoire pondérale souvent peu investiguée dans les prises en charge. Ensuite, le soignant construit un plan de soins avec le patient afin qu'il repose sur des objectifs fixés en collaboration plutôt qu'arbitrairement par le médecin. Cette prise en charge repose sur des modifications thérapeutiques du mode de vie concernant trois domaines : l'alimentation, l'activité physique et la dimension psychologique. Elle peut être applicable par tout type de soignant impliqué dans la prise en charge de l'obésité (médecin généraliste, spécialiste, diététicien, kinésithérapeute, etc.), et ce aussi bien au sein de structures spécialisées, en équipe pluridisciplinaire ou en libéral. Ce type de prise en charge nécessite évidemment du temps et une formation, ce qui n'est pas toujours possible en médecine générale.

Des **réseaux de soins spécialisés dans l'obésité** ont alors été créés afin que les médecins généralistes et l'ensemble des professionnels de santé puissent les solliciter dans la prise en charge de patients obèses (28,29). Leurs missions sont de favoriser l'accès aux soins, la

coordination, la continuité et l'interdisciplinarité de la prise en charge. On peut notamment citer dans le Nord-Pas-de-Calais le réseau OSEAN (Obésité Sévère de l'Enfant et de l'Adulte en Nord-Pas-de-Calais) créé en 2005 dont l'objectif est d'harmoniser les pratiques des structures d'accueil basées sur l'éducation thérapeutique des patients. Ce réseau permet une prise en charge spécialisée, pluridisciplinaire et à l'écoute du patient notamment grâce aux soins en groupe, difficilement réalisables en médecine générale. Prenons l'exemple d'une des antennes du réseau qui est hébergée par le réseau PREVAL (Prévention Vasculaire Littoral-Flandres) où est proposé un programme d'éducation thérapeutique qui s'adresse à des patients souffrant d'obésité. Il débute par un bilan d'éducation thérapeutique, nutritionnel et psychologique. Par la suite, la prise en charge est réalisée par une équipe pluridisciplinaire, composée d'une diététicienne, d'une psychologue et d'une éducatrice médico-sportive. Elle repose sur des « ateliers théoriques de groupe qui concernent l'alimentation, l'activité physique adaptée, l'estime de soi, l'image du corps et la résolution de problèmes ». Ces séances sont complétées par des sessions d'activité physique adaptée. Ce programme comprend également une réévaluation des patients à distance.

L'éducation thérapeutique du patient n'est pas uniquement mise en place chez les patients adultes mais également **chez les adolescents**. Elle s'applique aussi bien en ambulatoire que lors de temps d'hospitalisation à temps complet (30). Cette prise en charge est proposée dans le cadre d'un échec des soins ambulatoires, pour des adolescents qui présentent un IMC supérieur à  $30 \text{ kg/m}^2$  et des complications somatiques ou une prise de poids rapide et récente. L'existence de troubles du comportement alimentaire ou de troubles psychopathologiques associés est en faveur d'une prise en charge institutionnelle. Celle-ci repose sur l'éducation thérapeutique du patient au sein d'un groupe de pairs confronté à la même problématique et à distance de son environnement de vie. Comme évoqué précédemment, elle repose sur l'éducation alimentaire, l'activité physique adaptée, le travail de l'image du corps et de l'estime

de soi. Elle comprend également un accompagnement psychologique à la perte de poids. Les soins s'articulent entre des temps en groupe et des temps en individuel. La famille est partie intégrante du soin pour permettre à l'adolescent de maintenir les changements instaurés dans l'institution une fois sorti. Des rendez-vous avec les parents et des permissions régulières sont donc instaurés dans ce but.

Ces différents exemples illustrent bien l'évolution de la prise en charge de l'obésité vers une prise en charge centrée sur le patient plutôt que sur les objectifs pondéraux. Les professionnels de soins construisent alors le soin en partenariat avec le patient, à partir de sa motivation et de ses ressources et non plus de manière arbitraire, dictée par les recommandations.

### **c. La chirurgie bariatrique**

La chirurgie bariatrique se développe depuis le début des années 1950 et prend une place de plus en plus grande dans le traitement de l'obésité (26). Depuis une vingtaine d'années, on observe un essor considérable de ce type de prise en charge. D'après les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information, le nombre d'actes entre 1997 et 2006 aurait été multiplié par sept avec 13 653 interventions rapportées en 2006 (26). Par la suite, ce chiffre aurait été multiplié par trois entre 2006 et 2013 avec 42 815 interventions au cours de cette dernière année (31).

La chirurgie bariatrique présente deux types de techniques (26,31): les techniques restrictives pures et les techniques mixtes restrictives et malabsorptives. Les premières comme l'anneau gastrique et la sleeve gastrectomie diminuent les quantités alimentaires ingérées et par conséquent les apports caloriques journaliers. Les secondes sont principalement représentées par le bypass gastrique qui consiste à limiter les apports alimentaires en réduisant



le volume de l'estomac et à limiter l'absorption des nutriments en court-circuitant une partie de l'estomac et de l'intestin grêle.

Les critères d'indication et de contre-indication à ce type de chirurgie sont définis par l'HAS (26). Elle peut être envisagée pour les patients qui présentent un IMC supérieur ou égal à 40 kg/m<sup>2</sup> ou un IMC supérieur ou égal à 35 kg/m<sup>2</sup> associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après l'intervention. C'est un traitement de seconde intention, indiqué en cas d'échec d'un traitement médical initial bien conduit, c'est-à-dire en l'absence d'une perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de celle-ci. Ce traitement initial doit comprendre une prise en charge médicale, nutritionnelle, diététique et psychothérapeutique d'une durée de six à douze mois. Cette chirurgie s'intègre alors dans un parcours de soins pluridisciplinaires qui comprend une évaluation initiale et une prise en charge globale (Annexe 3). L'évaluation est médico-chirurgicale, nutritionnelle et psychiatrique. Dans ce cadre, l'objectif de l'entretien psychiatrique est tout d'abord d'éliminer les contre-indications psychiatriques à l'intervention définies par l'HAS (26). Elles comprennent « les troubles cognitifs ou mentaux sévères, les troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire, la dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives licites ou illicites et l'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé ». Certaines de ces contre-indications peuvent être temporaires et la chirurgie simplement reportée après leur prise en charge.

La prise en charge est donc initiée en amont de la chirurgie et se poursuit à vie. Elle comprend principalement l'éducation thérapeutique du patient afin de limiter les facteurs d'échec de la chirurgie (éducation diététique, activité physique adaptée, etc.) et une surveillance pluridisciplinaire de l'efficacité et des risques de complications de la chirurgie.

## **d. Efficacité de la prise en charge**

### **1) Résultats de la prise en charge non chirurgicale**

Ces résultats se répartissent en deux temps : à court et à long terme (32,33). Tout d'abord à court terme, l'évolution des programmes basés uniquement sur un objectif de perte pondérale vers une prise en charge pluridisciplinaire au long cours (éducation nutritionnelle, reprise de l'activité physique, etc.) semble avoir amélioré les résultats des traitements notamment concernant la perte pondérale (34). Cependant, globalement, même si les études démontrent une efficacité à court terme, les résultats ne se maintiennent pas au long cours. En effet, certaines revues de la littérature sont en faveur d'une absence de maintien de la perte pondérale initiale (perte de poids inférieure à 5kg à 4 ans du traitement) (34), voire du retour au poids pré-thérapeutique ou encore à un poids supérieur (33). Les études rapportent alors un maintien des bénéfices jusqu'à un an après le traitement, suivi d'une reprise pondérale progressive qui se remarque d'autant plus si l'on prolonge le temps d'observation après le traitement comme par exemple à 5 ans (16).

### **2) Résultats de la chirurgie bariatrique**

#### *a) Résultats pondéraux et somatiques*

La *Swedish Obese Subjects Study (SOS)* (35), datant de 2004, a étudié sur une période de dix ans l'évolution pondérale de patients opérés par chirurgie bariatrique en comparaison de celle des patients pris en charge de façon conventionnelle. La perte de poids est en effet plus

importante chez les patients opérés, avec une efficacité maximale un à deux ans après l'intervention. A deux ans, la perte de poids est de 23,4% pour les patients opérés contre une augmentation de 0,1% dans le groupe contrôle ( $P < 0.001$ ). A dix ans, elle est respectivement de 16,1% et de 1,6% ( $P < 0.001$ ). De plus, d'autres études convergent vers cette efficacité de la chirurgie bariatrique, toutes méthodes confondues et malgré une reprise de poids, mise en évidence typiquement entre le 18 et 24 mois (26,36,37).

Concernant les comorbidités associées à l'obésité, les études convergent également vers leur amélioration voire leur résolution à court et à long terme (26,31,35,36). Cela concerne particulièrement le diabète de type 2, le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil et les hyperlipidémies. Concernant l'hypertension artérielle, les effets à court terme semblent significatifs mais non démontrés à long terme. Ces observations concernent l'ensemble des techniques utilisées mais peuvent varier entre elles (26,35).

#### *b) Résultats sur la qualité de vie*

Après la chirurgie, 72 à 80% des patients se considèrent satisfaits de l'intervention (38). Les études sont en faveur d'une amélioration de la qualité de vie et particulièrement au cours de la première année suivant la chirurgie. Or différents éléments s'additionnent au cours de cette période.

Tout d'abord, plusieurs études rapportent une relation inverse entre le nombre de comorbidités et la qualité de vie des patients (38). Il semble donc cohérent d'observer une amélioration du quotidien des patients en parallèle de leur perte de poids et de l'amélioration de leurs comorbidités (39).

Ensuite, sur le plan psychosocial, les opportunités professionnelles augmentent de 16 à 22% selon les études (40,41). La perte de poids facilite le quotidien avec la possibilité de réaliser à nouveau des gestes anodins rendus impossibles par l'obésité. A cela s'associe une modification de l'image du corps et de l'estime de soi qui modifie le fonctionnement social des patients (42).

Cependant, les changements majeurs du quotidien et du rapport aux autres peuvent également être une source de difficultés. En effet, les modifications du volume gastrique et la malabsorption secondaire à la chirurgie nécessitent une adaptation alimentaire au quotidien avec une diminution des rations alimentaires et une supplémentation vitaminique à vie. De plus, un dumping syndrome peut s'y associer ainsi que des vomissements en cas de mauvaise tolérance de certains aliments ou de trop plein gastrique (26,41).

Sur le plan relationnel, le couple fait également face à de nombreux changements. Si la sexualité peut être améliorée notamment par la régression des dysfonctions érectiles d'origine métabolique chez l'homme (43), certains hommes rapportent des difficultés à s'adapter à la nouvelle image que leurs femmes ont d'elle-même après la chirurgie (44). Les conflits conjugaux peuvent alors se majorer notamment à cause de la nouvelle autonomie du patient, du changement de ses relations sociales et du regard des autres sur lui. Cependant, cette majoration semblerait plutôt imputable à la qualité de la relation en amont de la chirurgie plutôt qu'à la chirurgie en elle-même (45).

Nous avons vu précédemment que la chirurgie bariatrique était très efficace sur le plan pondéral, avec une perte de poids qui est importante mais également rapide. Des études se sont donc intéressées aux modifications psychiques que cette perte de poids peut entraîner, en particulier à travers l'évolution de l'image corporelle (46–48). Cette dernière se construit dès le plus jeune âge, à partir des différentes expériences du sujet et de ses interactions avec les

autres. Elle se transforme par la suite au grès des importantes modifications corporelles naturelles ou accidentelles. Qu'en est-il alors de son évolution dans le cadre de la chirurgie bariatrique? Des travaux se sont attelés à étudier préférentiellement la part inconsciente de ce changement plutôt que de se baser sur le discours des patients potentiellement influencé par la valeur sociale attribuée à la minceur dans la société occidentale. Elles ont donc eu recours à des méthodes projectives (principalement le test de Rorschach) (46,49) et sont en faveur d'un décalage entre le discours conscient des patients et leur vécu interne. Par exemple, elles constatent une incongruence entre la perte de poids et leur image corporelle : les patients se perçoivent toujours obèses alors que l'image de soi, négative avant la chirurgie, se modifie très peu. Un parallèle est même effectué entre l'absence d'évolution de l'image corporelle de ces patients et celle des patients amputés, en évoquant l'existence d'un « gros corps fantôme » (48,50). De plus, la perte de cet ancien corps obèse serait aussi synonyme de la perte d'un mécanisme de défense puisqu'il permettait antérieurement de mettre l'autre à distance (50).

### *c) Résultats sur les comorbidités psychiatriques*

Au cours de la première année qui suit l'intervention, Wadden and al. observent en parallèle de la perte de poids, une amélioration des **troubles anxieux et thymiques**. Cette dernière serait notamment corrélée à l'importance de la perte pondérale au cours des deux premières années (51). Cependant, après les deux premières années, les scores aux échelles de dépression et d'anxiété semblent se dégrader et revenir à leur niveau initial (MADRS ou Hamilton et Tyrer) (35,52). C'est aux alentours de cette même période (entre 18 mois et deux ans après l'intervention) qu'on observe également une reprise pondérale chez 30% des patients opérés (52,53).

Nous savons que **l'hyperphagie boulimique** (Binge Eating Disorder) est le trouble du comportement alimentaire le plus fréquemment observé chez les patients obèses (notamment chez ceux candidats à la chirurgie bariatrique) (24,26). Or, la littérature concernant son évolution avant et après la chirurgie bariatrique est pauvre et les études sur le sujet sont de qualité variable (24). Elles présentent de nombreuses limites notamment la taille réduite des échantillons, la différence de moyens diagnostiques, le nombre limité d'études prospectives, leur durée et les critères diagnostiques. En effet, toutes les techniques de chirurgie comprennent une réduction du volume gastrique qui rend impossible l'ingestion d'une grande quantité de nourriture. L'importance de la prise alimentaire étant un des critères majeurs du diagnostic d'hyperphagie boulimique, la pose de ce diagnostic est rendue très complexe en post-chirurgie et peut probablement expliquer la grande variabilité des résultats des études, particulièrement selon les critères diagnostiques choisis (26). De plus, de nombreux vomissements sont rapportés en post-chirurgie, questionnant sur l'existence de crises d'hyperphagie avortées du fait de la limitation gastrique. Globalement, les études actuelles ne semblent pas rapporter d'apparition post-chirurgicale de cette pathologie mais plutôt une régression voire une disparition d'un trouble antérieur. Cependant, ces dernières pourraient n'être que temporaires puisqu'elles rapportent également une période d'amélioration dite de « lune de miel » d'environ dix-huit à vingt-quatre mois, avant une nouvelle majoration.

Aujourd'hui, les résultats ne sont donc pas unanimes concernant les liens possibles entre l'existence d'une hyperphagie boulimique en pré-opératoire et l'évolution pondérale dans les suites de la chirurgie. Cependant, ils rapportent une association entre son existence en post-opératoire et une moindre perte de poids, particulièrement à long terme.

D'autres études se sont penchées sur la mortalité dans les suites de la chirurgie bariatrique et plus particulièrement sur celle par **suicide** (54). Les morts indépendantes des complications

de la chirurgie et des comorbidités de l'obésité sont plus importantes dans la population des patients opérés que dans celle des non opérés. Adams, qui rapportait dans son étude un déclin de la mortalité (toutes causes confondues), de 40% en post-chirurgie, y évoque également une surmortalité de 58% par accidents et suicides (55). Or si l'augmentation des accidents peut s'expliquer par une majoration des activités des patients suite à la perte pondérale, leur taux élevé de suicide reste inexpliqué. On peut d'ailleurs se demander si certains accidents de la voie publique ou certaines overdoses ne seraient pas en réalité associés à des gestes suicidaires, entraînant une sous-estimation de ce taux. D'autres études retrouvent également un taux de suicide supérieur à celui de la population générale concernant cette population de patients (54).

Les suicides sembleraient d'origine multifactorielle plutôt que directement imputables à la chirurgie bariatrique (54,56) Cependant, on ne peut définir son influence sur le risque suicidaire. Plusieurs hypothèses sont actuellement formulées (56) : tout d'abord, ce serait l'obésité en elle-même et les résultats de la chirurgie qui seraient incriminés bien que les résultats des études soient variables. Certaines pointent le fait que la majorité des suicides répertoriés ait lieu entre la seconde et la quatrième année post-chirurgie, ce qui correspond à la période de reprise pondérale chez de nombreux patients. Elles évoquent alors l'exacerbation de la détresse psychologique pré-opératoire si les résultats sont décevants ou ne correspondent pas aux attentes des patients concernant l'amélioration de leur qualité de vie. Cette détresse irait jusqu'à l'apparition de symptômes dépressifs secondaires à la reprise pondérale. Cependant, d'autres études rapportent des suicides chez des patients qui présentent une perte pondérale tout à fait adaptée (54–56). Elles s'orientent alors plutôt vers l'hypothèse de suicides secondaires à la persistance de troubles psychiatriques sous-jacents malgré la perte pondérale. D'autre part, les études semblent en faveur d'une inadéquation entre la perte de poids et l'image corporelle (46–48). Elles questionnent alors sur l'existence d'autres facteurs qui

favoriseraient l'insatisfaction corporelle incriminée dans le taux élevé de suicide de cette population (54).

En conclusion, l'obésité est une pathologie chronique aux étiologies multiples. Devant l'importance de sa croissance au niveau mondial, l'OMS a empreinté le vocabulaire de l'infectiologie pour la qualifier « d'épidémie mondiale ». Actuellement, la prise en charge reste en priorité somatique, se concentrant sur la perte de poids, la prise en charge étiologique et des comorbidités somatiques. Cependant, les résultats semblent mitigés notamment au long cours. De nouvelles prises en charge émergent, apportant avec elles de nouvelles perspectives comme la chirurgie bariatrique. Mais à nouveau, bien que nous ayons peu de recul sur cette méthode, les résultats ne semblent pas à la hauteur des attentes à long terme.

Il semble par conséquent intéressant de questionner cette prise en charge unique proposée à une population croissante de patients regroupés sous le terme « obésité ».



## **II. Les obésités : lecture critique du point de vue du psychiatre**

Comme nous l'avons vu dans la première partie, l'obésité bénéficie actuellement d'un statut de pathologie somatique, qui regroupe un ensemble de patients, ayant comme point commun un IMC supérieur à un certain seuil. Ce statut unique débouche alors sur une prise en charge pluridisciplinaire, elle aussi somatique et unique. Or, les résultats de cette prise en charge semblent aujourd'hui mitigés et leur efficacité au long cours est remise en cause par certains. Cette partie propose donc de discuter du regroupement de cette population grandissante de patients au sein d'un terme et d'une prise en charge unique.

### **A. L'obésité : symptôme ou maladie ?**

L'obésité regroupe sous un même terme l'ensemble des patients avec un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m<sup>2</sup>. Il est important de souligner que l'on qualifie alors le patient d'« obèse », sans en préciser l'étiologie. Or à l'inverse, un patient présentant un IMC inférieur à la norme, sera décrit comme « dénutri » sans que cela constitue le diagnostic syndromique principal. En effet, dans notre culture médicale, il nous semble naturel de considérer la dénutrition comme un symptôme qui peut s'intégrer dans l'altération générale d'une pathologie somatique (cancer, infection, etc.), d'une pathologie psychiatrique (anorexie mentale, épisode dépressif majeur, etc.), etc. La terminologie « obésité », elle, ne définit plus alors un symptôme mais bien une maladie. Cette terminologie monolithique ne permet donc pas de distinguer les étiologies sous-jacentes qui sont, comme nous l'avons vu, multiples et diverses. Elle court-circuite ainsi la physiopathologie et la psychopathologie sous-jacentes à ce surpoids. Elle regroupe ainsi sous

un terme unique un ensemble de patients qui certes partagent un IMC supérieur ou égale à 30 kg/m<sup>2</sup> mais présentent des étiologies multiples. De plus, cette étiologie n'est pas le seul élément qui les différencie, il y a également le stade de la maladie avec le niveau de surpoids, son ancienneté, le nombre de comorbidités associées, le retentissement fonctionnel, etc. Ils se différencient également par leur prise en charge avec le recours ou non à des professionnels de santé, le type de traitement proposé, son efficacité, etc.

Nous faisons donc l'hypothèse que le terme « obésité » a subi un glissement théorique de sa place de symptôme à celle de maladie. Par cette évolution, il a notamment perdu tout présupposé étiopathogénique, regroupant une diversité de patients sous un seul terme. D'autre part, l'éviction de leurs spécificités les fige dans une prise en charge unique. Celle-ci devient alors pour certains patients une errance entre la nutrition, l'endocrinologie, la chirurgie bariatrique ou encore la psychiatrie. Ce flou ne semble d'ailleurs pas concerner uniquement les patients mais également les soignants. En effet, certains soignants semblent réticents à vouloir prendre une place claire dans la prise en charge de l'obésité, renforçant le sentiment d'incompréhension chez les patients (57). Au total, ce questionnement concerne la terminologie d'obésité dans la pratique clinique, intéressons-nous alors à cette même terminologie dans la nosographie.

## **B. Discussion nosographique**

Tout d'abord, dans la CIM-10, l'obésité est classée parmi les pathologies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (Annexe 1). Elle est ensuite subdivisée en quatre grands groupes diagnostiques : l'obésité due à un excès calorique, l'obésité médicamenteuse, les autres obésités et l'obésité sans précision. On peut relever que les étiologies détaillées sont

peu nombreuses et peu précises par rapports aux nombreuses étiologies de l'obésité évoquée précédemment. La nosographie semble alors aussi en faveur de cette « obésité maladie » unique, englobant plusieurs étiologies sans vraiment les préciser et les différencier. Les étiologies psychiatriques n'y sont d'ailleurs pas précisées.

Qu'en est-il alors du statut de l'obésité dans les classifications psychiatriques ? Dans la CIM-10, elle est donc répertoriée comme une pathologie somatique mais absente des troubles mentaux et du comportement. Dans le DSM-V, le diagnostic d'obésité est complètement absent. Pourtant dans chacune de ces classifications, on trouve des pathologies pouvant se rapprocher de l'obésité par leurs problématiques telle que le poids et l'alimentation. Dans la CIM-10, on les trouve regroupées dans les syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques dans une sous-catégorie des troubles de l'alimentation (Annexe 4) (3). Quatre types de pathologies sont décrits : l'anorexie mentale, la boulimie, l'hyperphagie et les autres troubles de l'alimentation. Dans le DSM-V, on retrouve les diagnostics d'anorexie mentale et de boulimie mais également l'hyperphagie boulimique (Binge Eating Disorder) (Annexe 2) et les troubles alimentaires non spécifiques (EDNOS : Eating Disorder not otherwise specified). Selon les études, 30 à 50% des patients souffrant d'obésité souffriraient d'hyperphagie boulimique (1,8). Cependant, les critères d'hyperphagie boulimiques sont très spécifiques et restrictifs et de nombreux patients obèses, malgré leur comportement alimentaire anarchique, n'y correspondent pas.

L'étude nosographique semble confirmer cette idée d'« obésité maladie » unique, aux étiologies peu précises et indifférenciées. Celle-ci est alors à l'origine d'un statut global, quasi similaire pour tous les patients, limitant toute singularité. La psychiatrie y est d'ailleurs peu impliquée puisqu'elle est absente des étiologies précisées dans la CIM-10 et qu'elle ne cite pas l'obésité dans ses propres classifications. Or, certains troubles psychiatriques sont bien à

l'origine de certaines formes d'obésité. Tous ces éléments participent donc au flou autour de ce statut unique attribué à l'obésité et à sa prise en charge.

## **C. Discussion sur la prise en charge**

La prise en charge de l'obésité repose donc sur des classifications qui ne prennent pas en compte, ou très peu, les nuances cliniques et étiologiques des « obésités ». Cette prise en charge bien que pluridisciplinaire et parfois diversifiée dans son contenu, conserve donc le même objectif principal : rééquilibrer la balance énergétique pour réduire le surpoids et les comorbidités. Or les résultats de cette prise en charge sont remis en question, l'état clinique de certains patients s'améliorant mais d'autres non ou uniquement de manière temporaire. Par ailleurs, ce rééquilibrage correspond à une diminution des apports énergétiques et/ ou à une augmentation de leur consommation. Si traiter ou guérir l'obésité était synonyme de « manger moins », la chirurgie bariatrique semblerait alors être prometteuse, voire la « solution miracle » tant attendue. Or même si certains résultats sont éloquentes notamment concernant la problématique somatique par rapport à la perte de poids et la réduction des comorbidités, ceux sur le plan psycho-social et psychiatrique ne sont pas aussi clairs. En effet, la chirurgie bariatrique est à l'origine d'une perte de poids souvent importante et rapide associée à de nombreux changements au quotidien. Ces changements concernent tous les espaces de la vie du patient : l'espace personnel avec les modifications des prises alimentaires, du corps et de l'image corporelle, de l'espace social, familial, professionnel, etc. Tous ces changements sous entendent alors une capacité psychique à pouvoir les réaliser mais aussi à s'y adapter.

Au total, considérer l'obésité comme une maladie semblable chez tous les patients et limiter sa prise en charge à un rééquilibrage de l'hygiène de vie ne semble pas opérant pour

l'ensemble des patients. D'autre part, elle ne semble pas non plus pouvoir se résumer à une question de volonté de « manger moins » mais correspondre à une problématique bien plus large et subtile.

## **D. Qui sont ces patients qui échappent à la prise en charge ?**

Notre revue de la littérature nous a appris que certains patients échappent à la prise en charge actuelle, à court ou à long terme. Afin de définir cette sous-population de patients, nous proposons donc de distinguer différents types de patients obèses plutôt que de les englober, comme actuellement, sous une même terminologie symptomatique. Nous le ferons en nous appuyant sur deux types d'éléments distinctifs : l'étiologie de l'obésité et l'efficacité des traitements.

On peut distinguer une première catégorie de patients obèses pour lesquels le traitement, qu'il soit médical ou chirurgical, est efficace. Cette catégorie comprend aussi bien des patients souffrant d'obésité d'origine bien identifiée (pharmacologique, génétique, environnementale, etc.) que d'autres d'étiologie plus floues.

La seconde catégorie comprend alors les patients résistants au traitement et ceux pour lesquels l'efficacité n'a été que temporaire, échappant ainsi à la prise en charge. Parmi ces patients, certains répondent aux critères de troubles du comportement alimentaire tel que l'hyperphagie boulimique mais pas tous. Si la prise en charge et les lieux de soins semblent clairement identifiés pour la première catégorie de patients, pour la seconde les choses semblent plus confuses.

Si la prise en charge somatique est inefficace, vers qui ces patients peuvent-ils se tourner ? C'est probablement cette catégorie de patients que les psychiatres et les psychologues seront amenés à rencontrer, comme le dernier maillon d'une chaîne de prise en charge qui ne répond pas aux attentes du patient. Certains se tournent notamment vers les services spécialisés dans les troubles du comportement alimentaire. Ce fut le cas d'une patiente de 20 ans reçue lors d'une consultation dans le service de psychiatrie de Saint Vincent de Paul. Elle y évoquait la énième tentative de prise en charge de son obésité, secondaire à une hyperphagie boulimique. Cependant, elle évoquait également son désarroi face au refus de prise en charge dans d'autres structures spécialisées en TCA, lui répondant « s'il n'y a pas de vomissements, on ne prend pas en charge ». Ces patients semblent alors se retrouver dans un « no man's land du soin » où règne un flou sur « qui prend en charge quoi ? » une fois que la prise en charge recommandée n'a pas fait preuve d'efficacité.

Au total, proposer une distinction entre les différentes formes d'obésité plutôt que de les réunir sous un terme commun pourrait permettre de réattribuer aux patients leur singularité. De plus, cette proposition permettrait aux patients, comme aux soignants, de se dégager de la priorité de question pondérale. En effet, celle-ci nous semble prendre toute la place quand on aborde la question de l'obésité, masquant ses nombreuses facettes. On pourrait ainsi se questionner sur l'intérêt de se distancier du poids, en s'intéressant plutôt au rapport des patients à la nourriture et à la limite. Cette proposition semble d'autant plus s'appliquer aux patients pour lesquels la prise en charge somatique est inefficace à court ou à long terme.

La question du rapport des patients à l'alimentation nous oriente alors vers une problématique qui semble à la fois les dépasser mais qui par ailleurs ne peut être soignée sans eux. Cette perspective de la problématique alimentaire et du rapport à la limite fait bien entendu

écho aux **problématiques addictives**. Cet angle de vue nous permettrait alors d'éviter deux écueils :

- Celui de considérer le sujet présentant une obésité comme *victime* d'une pathologie somatique extérieure à lui,
- Celui à l'inverse de nier une pathologie sous-jacente, rendant ainsi l'individu *responsable* de son état et de sa résistance au traitement.

Ainsi, le patient, souvent décrit comme « incapable de se prendre en main », pourrait se dégager de la responsabilité de son état, tout en évitant de basculer vers un statut de victime de la pathologie, où la réponse ne pourrait venir que de l'extérieur.

### III. Proposition d'une grille de lecture addictologique

L'addiction est définie par « l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et par sa poursuite malgré ses connaissances négatives » (14). Ce comportement peut correspondre à la consommation d'une substance psychoactive (alcool, cocaïne, héroïne, etc.)(4) ou à un comportement en lui-même (TCA, internet, sexe, jeu, achats, etc.). Ainsi les addictions se répartissent en deux groupes : les addictions aux substances psychoactives et les addictions sans substances ou addictions comportementales. A travers les différentes approches cliniques, neurobiologiques et psychopathologiques de l'addiction, nous discuterons de leur application dans l'obésité.

#### A. Approche clinique

##### a. Clinique de l'addiction

Revenons tout d'abord sur les critères diagnostic de l'addiction dans la littérature. Dans le DSM-V, on retrouve les éléments de la définition évoquée précédemment avec « *un mode d'utilisation inadapte d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative sur une période continue de douze mois* » associés à la présence d'au moins deux des critères suivants (13) : «

1. « *Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.*



2. *Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit.*
3. *Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou en récupérer les effets.*
4. *Craving ou une envie intense de consommer le produit.*
5. *Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.*
6. *Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit.*
7. *Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit.*
8. *Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.*
9. *L'utilisation du produit est poursuivie malgré la connaissance de l'existence d'un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent, susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.*
10. *Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :*
  - a. *Besoin de quantités notablement plus importantes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,*
  - b. *Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit*
11. *Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :*
  - a. *Syndrome de sevrage du produit caractérisé,*
  - b. *Le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. »*

Différents stades sont définis en fonction du nombre de critères cliniques observés : l'addiction légère (2 à 3 critères), modérée (4 à 5 critères) et sévère (6 critères ou plus). Les critères diagnostiques du DSM-V sont particulièrement applicables dans les addictions aux substances psychoactives.

Concernant les addictions sans substances ou addictions comportementales, on peut plus particulièrement se référer à la classification de Goodman qui définit une addiction sans qu'elle se rapporte spécifiquement à un objet (58). Les critères diagnostiques sont alors les suivants :

- A. *« Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.*
- B. *Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.*
- C. *Plaisir ou soulagement pendant sa durée.*
- D. *Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.*
- E. *Présence d'au moins 5 des 9 critères suivants :*
  - 1. *Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation,*
  - 2. *Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine,*
  - 3. *Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement,*
  - 4. *Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre,*
  - 5. *Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales,*
  - 6. *Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement,*
  - 7. *Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique,*

8. *Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité,*

9. *Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.*

F. *Certains éléments du syndrome ont duré plus de 1 mois ou se sont répétés pendant une période plus longue. »*

L'addiction répond donc à un nombre défini de critères cliniques mais aussi de durée, peut-on alors les appliquer chez certains patients présentant une obésité ?

## **b. Qu'en est-il chez les patients obèses ?**

Intéressons-nous d'abord aux patients souffrant d'obésité et répondant aux critères de l'hyperphagie boulimique. Cette pathologie est considérée dans le DSM-V comme un trouble du comportement alimentaire. Reprenons alors à travers la clinique et notamment à travers le récit des patients, la façon dont cette pathologie répond aux critères cliniques d'addiction.

Les patients décrivent tout d'abord, en amont de la crise de boulimie, l'apparition d'une tension interne majeure (associée à un besoin irrépressible de manger), qui ne peut être soulagée autrement que par la compulsion alimentaire. On retrouve donc ici les caractéristiques du craving initiateur du comportement addictif.

La prise alimentaire fait alors suite à cet état de tension et non à une sensation physiologique de faim. Les quantités ingérées sont largement supérieures à la moyenne et échappent au contrôle des patients. Ils décrivent alors une absence de plaisir gustatif mais un effet de soulagement interne.

Ensuite, cet état fait place à un sentiment de culpabilité et de tristesse, associé à un inconfort digestif et parfois même à un état d'épuisement physique et psychique. Ils rapportent alors un retentissement fonctionnel au quotidien, que ce soit lors des crises ou en dehors. En effet, le caractère chronophage de ces dernières et le sentiment de honte qu'elles génèrent sont souvent à l'origine d'un isolement social. Les préoccupations alimentaires voire l'anticipation des crises sont de plus en plus envahissantes et le temps consacré aux crises se majore avec le temps. Les patients décrivent un désinvestissement des intérêts antérieurs, un isolement social voire des conséquences professionnelles et financières. A ces conséquences en lien direct avec les crises, s'ajoutent celles du surpoids voire de l'obésité secondaires au comportement alimentaire.

La description et les critères cliniques (13) de l'hyperphagie boulimique répondent donc clairement aux critères cliniques de l'addiction comportementale définie par la classification de Goodman.

Cependant, ces critères cliniques sont aussi très spécifiques et par conséquent ils ne s'appliquent pas à l'ensemble des patients obèses aux comportements alimentaires anarchiques. Il est évident que certains patients, même s'ils ne répondent pas aux critères d'intensité, de retentissement fonctionnel et de fréquence des symptômes, présentent le même type de clinique dans leur rapport à la nourriture. La réponse alimentaire ne se fait pas forcément sur un mode compulsif mais elle partage ce statut de réponse systématique aux ressentis internes vécus comme insupportables. Les prises alimentaires sont alors plus étalées et de moindre quantité mais quand même responsables d'une prise de poids parfois majeure. Ces fluctuations pondérales sont souvent corrélées avec des périodes de vie riches sur le plan émotionnel et synonymes d'adaptation psychique comme l'adolescence, le mariage, les grossesses, les deuils, etc. Souvent, les patients décrivent alors l'alimentation et plus

particulièrement les produits sucrés comme « rassurants », « apaisants » voire « comme un refuge en présence d'émotions vécues comme trop intenses » (stress, angoisse, colère, joie, etc.).

Malgré le retentissement fonctionnel et la prise pondérale, il est très difficile voire impossible pour ces patients de modifier ces comportements. Dans ce contexte, ces comportements alimentaires semblent se rapporter, tout comme l'hyperphagie boulimique et les addictions en général, à une problématique de la limite. En effet, l'ensemble de la population générale évolue dans une société de la surconsommation et de l'abondance et pourtant seulement une partie d'entre elle souffre d'obésité et surtout seule une sous-population résiste aux différentes prises en charge. Cet aspect de l'obésité questionne donc sur l'hyperphagie, sur ce « manger trop » insensible à la limite et qui, de nouveau, fait ainsi écho aux problématiques addictives.

Au total, bien que reposant sur des critères trop restrictifs du DSM-V, l'hyperphagie boulimique est donc répertoriée dans la classification des troubles du comportement alimentaire du DSM-V. On y retrouve une perte de la régulation du comportement alimentaire qui répond aux critères de l'addiction.

C'est donc ce comportement qui aboutit alors à l'obésité. On peut alors en conclure que ce n'est donc pas l'obésité en elle-même qui peut être considérée comme une forme d'addiction mais plutôt les comportements alimentaires à son origine. De plus, d'autres types de comportements alimentaires observés chez les patients obèses mais ne répondant pas aux critères du DSM-V, interpellent sur leurs similitudes avec les comportements addictifs.

## B. Approche neurobiologique

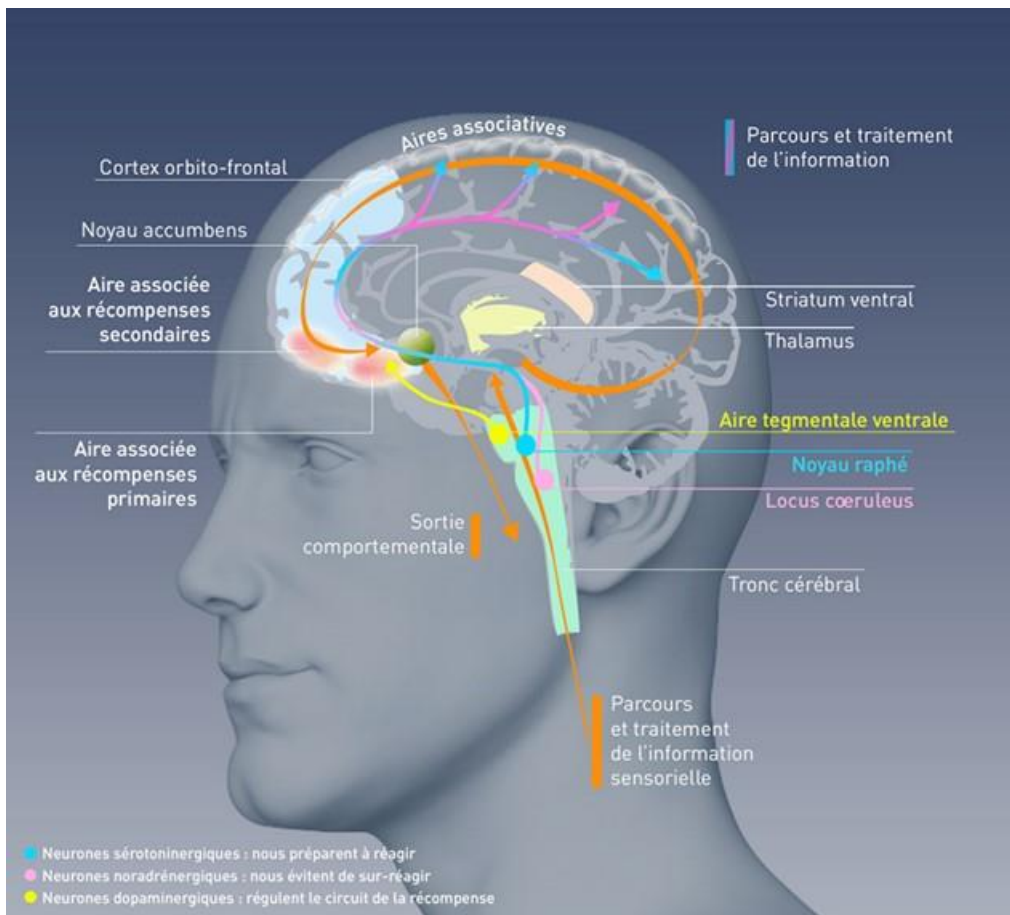
### a. Neurobiologie de l'addiction

De nombreux travaux soulignent que les similitudes cliniques et comportementales entre les différentes addictions peuvent s'expliquer par des mécanismes neurobiologiques comparables (14,59). Ces mécanismes font intervenir le système de la récompense, de la dépendance et de la recherche compulsive d'un produit ou d'un comportement (59,60).

Revenons tout d'abord sur les **circuits cérébraux de la récompense (système hédonique)** impliqués dans l'addiction. Ce système permet l'apprentissage de comportements adaptés pour la préservation de l'individu et de l'espèce par l'intermédiaire du conditionnement par la récompense (14,59). Ce conditionnement est à l'origine de la motivation à renouveler ou non les comportements antérieurs. Il est donc décrit comme le « circuit neuro-biologique de l'apprentissage par la récompense, de la motivation et du rétrocontrôle sur les impulsions ». Il met notamment en mémoire les situations ou objets les plus récompensants, afin de les reproduire à distance pour renouveler les sensations agréables et de bien-être qu'ils procurent. Sur le plan neuro-anatomique, ce système repose notamment sur l'aire tegmentale ventrale (ATV), centre de la motivation, et le noyau accumbens, central dans la composante affective du système. En présence de plaisir, on observe une activation des neurones dopaminergiques de l'ATV à l'origine d'une augmentation de la dopamine dans le noyau accumbens. Ces neurones sont eux-mêmes régulés par des substances endogènes (opioïdes endogènes, cannabinoïdes, etc.) mais également de manière artificielle par les substances psychoactives telles que l'alcool

et les drogues. En parallèle, le cortex préfrontal, notamment le cortex orbito-frontal et cingulaire, est impliqué dans l'intensité de la réponse comportementale.

Un comportement lié à une récompense entrainerait une activation anticipatoire des neurones dopaminergiques de l'ATV, à l'origine d'une augmentation du taux de dopamine dans le noyau accumbens qui activerait enfin le cortex préfrontal, modulant ainsi la réponse comportementale. Le caractère de cette réponse et son intensité sont corrélés à l'anticipation de la récompense obtenue (59).



**Figure 2 :** Les différentes structures cérébrales du circuit de la récompense impliquées dans l'instauration et le maintien d'une addiction (61).

Une consommation répétée de drogue entrainerait alors des modifications à long terme de la plasticité neuronale de ces deux systèmes. En présence d'une addiction, on observe une modification des débits cérébraux dans ces zones avec une alternance d'hyper et d'hypométabolisme en fonction des périodes de craving (recherche impérieuse du produit) ou de sevrage. S'y associe une hyperdopaminergie et une activation anormalement élevée des neurones glutamatergiques préfrontaux à destination du noyau accumbens impliqué dans la recherche compulsive de produit (60).

D'autres structures cérébrales (l'amygdale, l'hippocampe, etc.) et d'autres neurotransmetteurs (acétylcholine, sérotonine, noradrénaline) sont également impliqués dans l'addiction notamment après l'installation de la dépendance où les renforcements négatifs viennent s'ajouter aux renforcements positifs initiaux.

## **b. Qu'en est-il chez les patients obèses ?**

Certaines études se sont penchées dans un premier temps sur la question d'une « **addiction à la nourriture** » en comparant les structures neurologiques des patients obèses à celles de patients dépendants aux drogues (62,63).

Chez l'homme, certains travaux basés sur la neuro-imagerie fonctionnelle sont en faveur d'une dépendance à la nourriture qui présenterait des similitudes avec celle aux substances psychoactives. En effet, ils retrouvent des altérations cérébrales communes entre l'obésité et l'addiction aux drogues (62,63), avec une diminution des récepteurs dopaminergiques de type D2 dans le striatum dorsal. En parallèle, ils relèvent chez les patients obèses, une hyperactivité du striatum et du cortex orbitofrontal en cas de désir de consommer des produits sucrés riches en sucres raffinés (PSRS) alors que ces zones sont hypoactives de base. Ces observations



sont similaires à celles faites chez des consommateurs de drogue. Elles permettraient alors d'expliquer l'attraction préférentielle de ces produits et de faire le lien entre l'obésité et l'addiction aux drogues.

A partir de l'hypothèse de l'existence d'une addiction à la nourriture, une équipe de Yale a créé une nouvelle échelle diagnostique en adaptant les critères de dépendances aux drogues aux comportements alimentaires : l'échelle d'addiction à la nourriture de Yale (en anglais YFAS Yale Food Addiction Scale) (64). Cette échelle a permis d'évaluer pour la première fois la prévalence de cette pathologie et de la rapporter au poids. Elle retrouve une prévalence de 12% dans la population étudiée avec une augmentation à 57% chez les patients obèses souffrant de troubles du comportement alimentaire. Ces résultats sont donc en faveur d'un lien entre l'addiction à la nourriture et l'obésité. De plus, le score de cette échelle a été corrélé avec des résultats d'imagerie fonctionnelle comparables à ceux de patients dépendants aux drogues, confortant l'hypothèse d'un lien entre l'addiction aux drogues, celle à la nourriture et l'obésité (65).

Dans un second temps, d'autres études se sont intéressées à l'hypothèse d'une « **addiction au sucre** », en comparant ses effets sur les circuits cérébraux de la récompense à ceux des substances psychoactives (60). Ces dernières ont notamment étudié les conséquences d'une sensibilisation prolongée au sucre chez les rats (66). Elles rapportent l'apparition progressive chez ces rats d'une dépendance et d'une tolérance au sucre, comparable à celle observée dans la surconsommation chronique d'héroïne et de cocaïne. De plus, à l'arrêt de cette consommation, on observe un état de manque marqué par des symptômes dysphoriques et anxieux. En parallèle de ces observations comportementales, l'étude rapporte des modifications neurobiologiques avec une diminution de la dopamine dans le striatum ventral. Cette structure anatomique appartenant aux structures anatomiques impliquées dans le circuit de la

récompense, cela pourrait expliquer l'état dysphorique. Ces modifications concernent également des zones cérébrales impliquées dans les affects négatifs du manque de drogue. D'autre part, la surconsommation de sucre serait également à l'origine d'une libération de peptides opioïdes dans le striatum, lesquels seraient à l'origine du plaisir secondaire à cette consommation. Or les récepteurs de ces peptides sont également les cibles de l'héroïne et de la morphine.

Ces premières observations sont donc en faveur d'une activation du circuit de l'apprentissage par la récompense et de la motivation par la consommation de sucre. Elles sont par ailleurs en faveur d'un risque de dépendance en cas de surconsommation prolongée. D'autres études ont alors cherché à préciser le pouvoir addictogène du sucre notamment en le comparant à la cocaïne (67). Ces études chez le rat semblent en faveur d'une préférence nette pour le sucre en comparaison à la cocaïne, soulignant un pouvoir addictogène du sucre supérieur à celui de la cocaïne. Cependant, ces résultats sont à prendre avec prudence et non applicables à l'homme à ce jour.

Au total, l'ensemble de ces études semble en faveur de l'hypothèse d'une addiction à la nourriture, et notamment d'une addiction au sucre, que l'on retrouverait particulièrement chez les patients obèses. Ces addictions entraîneraient des modifications des circuits cérébraux de la récompense, semblables à celles observées dans les addictions aux drogues. Cependant, selon les premiers résultats de l'échelle d'addiction à la nourriture de Yale, tous les patients souffrant d'obésité ne sembleraient pas être dépendants à la nourriture et/ou au sucre (64). D'autre part, les découvertes concernant ces hypothèses sont récentes et nécessitent des études complémentaires. De plus, elles questionnent sur l'existence de facteurs prédisposants qui pourraient alors peut-être justifier qu'une partie seulement et non la totalité des patients développe ces troubles.

## **C. Approche psychopathologique**

Précédemment, nous avons discuté de l'application de la clinique et de la neurobiologie de l'addiction à l'obésité. Intéressons-nous alors à l'application de sa psychopathologie à travers sa fonction d'économie psychique, la problématique du lien à l'objet et sa place dans le système familial.

### **a. La fonction d'économie psychique de l'addiction**

Etymologiquement, le mot addiction vient du latin « addictus » c'est à dire « adonné à », qui était utilisé en droit romain. A l'époque, un individu était « adonné à », c'est à dire donné en esclavage à un maître, s'il était en incapacité de payer les dettes qu'il avait contractées auprès de cette personne. Il s'agissait alors d'une situation de contrainte par le corps dans laquelle, par la décision de droit, l'esclave était passivement donné à l'autre, se retrouvant dans une relation asymétrique (68,69).

La définition de l'addiction a continué à évoluer jusqu'à aujourd'hui. Elle définit alors, comme nous l'avons évoqué précédemment, l'incapacité à contrôler un comportement et sa répétition malgré la connaissance de ses conséquences négatives. Si au stade de la dépendance, l'individu se retrouve esclave de son objet d'addiction, ce n'est pas le cas au début des troubles. En effet, avant ce stade de la maladie, les patients décrivent plutôt leur objet ou comportement d'addiction comme un bon objet, disponible à tout moment et qu'ils sont en capacité de contrôler. Il vient alors apaiser efficacement un vécu interne parfois perçu comme insupportable. Il est alors identifié comme un objet de désir, qu'ils peuvent saisir à tout moment pour s'apaiser. Puis progressivement, les patients souffrant d'addiction décrivent une perte de

contrôle sur cet objet ou ce comportement qui devient alors l'unique réponse à une recherche de plaisir immédiat et de décharge émotionnelle rapide. L'addiction permet ainsi de court-circuiter l'élaboration et le vécu émotionnel, tel un acte « anti-pensée » (68,69). La psychanalyste Joyce McDougall évoque ce phénomène sous le terme « d'économie psychique » de l'addiction, qui « vise la décharge rapide de toute tension psychique, que sa source soit extérieure ou intérieure »(68).

Les patients addicts deviennent donc esclaves de leur objet d'addiction, identifié comme l'unique solution pour les épargner de leur douleur psychique ou de leur angoisse. Par ailleurs, ces patients décrivent souvent une association de douleur et de plaisir dans le recours à l'addiction. Celle-ci est liée à la tension interne qui l'initie et à l'apaisement premier qu'il procure. Les sensations remplacent donc les affects et le désir est court-circuité par l'immédiateté de la réponse addictive. Le cercle vicieux est ainsi constitué : tension interne – réponse addictive – diminution de la tension – sevrage – tension interne, etc.

Les écrits psychopathologiques mettent également en évidence chez les patients souffrant d'addiction, une structure psychique sous-jacente précaire, associée à une problématique narcissique (68–71). L'objet symbolique interne, qui pourrait alors apaiser l'état de tension psychique notamment par son élaboration et sa symbolisation, est absent ou défaillant chez ces individus. L'objet de dépendance qui appartient au monde externe est alors une tentative de réponse à un manque du monde psychique interne. Or cet objet n'apporte qu'une réponse temporaire que le sujet est condamné à répéter pour en prolonger ses effets bénéfiques.

Au total, l'addiction semble associer une quête de plaisir et de solution pour apaiser les tensions internes, vécues comme insupportables ou dangereuses. Devant l'incapacité à trouver cette solution dans leur monde psychique interne, les patients addicts se tournent alors vers

des objets externes qui ne peuvent qu'apporter un apaisement temporaire. Progressivement cette réponse devient l'unique réponse efficace dont l'individu devient alors dépendant.

## **b. La problématique du lien à l'objet dans l'addiction**

Précédemment, nous avons développé comment l'addiction permet à l'individu de protéger son organisation psychique précaire de toute pensée et de tout ressenti, perçus comme destructurants. Pour comprendre l'origine de leur fonctionnement psychique, revenons alors sur la genèse de leur construction psychique et sur les éléments qui peuvent l'influencer.

Commençons d'abord par les **interactions précoces du bébé avec ses figures d'attachement primaires** (68,70,72). À la naissance, le bébé est totalement dépendant de son environnement et plus particulièrement de ses parents. D'une fusion initiale avec la mère, le bébé va progressivement évoluer vers son indépendance et développer ses propres ressources psychiques. Comme l'a décrit D.Winnicott, les objets transitionnels prennent alors une place particulière au sein de ce processus (72,73). Ces derniers, créés par l'enfant, sont structurants car ils lui permettent de se dégager de la mère, sans dénier son absence. Ils participent alors au processus d'internalisation de l'objet. En l'absence de développement de cette aire transitionnelle, l'enfant sera par la suite incapable d'élaborer l'absence maternelle et donc de la supporter. Pour dénier cette absence, il pourra notamment associer aux objets extérieurs à lui, une fonction de néo-besoin, faisant ainsi le lit de l'addiction. Notons que ce processus doit être accompagné et investi positivement par la mère. Dans le cas contraire, si son état de dépendance initial est maintenu, le bébé aura tendance à se conformer totalement aux attentes de sa mère et non à développer ses propres ressources psychiques. Le bébé risque alors d'être dans l'incapacité d'acquérir une représentation interne de cette mère « soignante » dont il aura besoin ultérieurement pour faire face aux différents affects. En l'absence d'objet symbolique

interne, toute tension d'origine interne ou externe entraîne la recherche de la présence maternelle rassurante. En son absence, le patient est alors incapable de remplir cette fonction apaisante par lui-même. Au total, une forme de double dépendance s'installe entre la mère et son enfant où la présence de chacun permet à l'autre de maintenir son équilibre psychique interne. Les objets d'addiction répondraient alors à cette recherche d'apaisement extérieur, pour pallier les manques du monde interne (71).

Au long cours, cette dépendance affective est perçue comme une aliénation de l'enfant à ses sujets d'attachement, entravant son **processus de séparation/individuation**. Paradoxalement, l'enfant est en incapacité de se détacher de cet objet à la fois intrusif et essentiel pour son équilibre psychique narcissique. L'objet d'addiction jouerait donc, d'un côté, le rôle de tiers séparateur, permettant à l'individu de mettre l'autre, vécu comme trop intrusif, à distance et de l'autre, celui de renforçateur sur le plan narcissique, en étant perçu comme contrôlable et disponible. Au final, l'addiction semble être une recherche de solution pour se dégager d'une angoisse de dépendance à l'autre. L'objet d'addiction, que le patient pensait initialement contrôler, entraîne paradoxalement une nouvelle forme de dépendance. Au total, l'addiction repose sur un paradoxe entre la dépendance et l'autonomie à l'autre et à l'objet, figeant le patient entre des angoisses d'abandon et de rejet et inversement d'intrusion et d'emprise (70).

Nous savons que le processus de séparation/individuation mis en jeu lors des interactions primaires se réactive au moment de **l'adolescence**. En effet, cette dernière est identifiée comme une étape vers la vie adulte, d'individu à part entière, notamment à travers ses nombreux changements psychiques et physiques. L'objectif de cette étape est que l'enfant se détache progressivement de ses figures parentales pour devenir autonome et investir sa vie d'adulte. Or quand les interactions primaires sont défailtantes, installant une relation de dépendance entre l'adolescent et ses parents, l'adolescence est perçue comme une menace

car synonyme de séparation (70). Et ce d'autant plus que ce processus d'individuation intervient chez des patients narcissiquement vulnérables. L'adolescence joue donc le rôle de catalyseur des troubles chez des patients qui présentent une structure psychique précaire et une problématique liée à la relation à l'objet.

### **c. L'addiction au cœur du système familial**

Nous avons évoqué l'influence des interactions précoces de mauvaise qualité sur le processus de séparation/individuation. Certains types de relation mère/bébé sont incriminés dans l'addiction, comme l'anticipation permanente des besoins de l'enfant par la mère ou à l'inverse son absence réelle ou son manque de disponibilité (74). Ces deux types de relation court-circuitent le cycle plaisir-manque du bébé soit par l'anticipation permanente de ses besoins, empêchant ainsi l'expression de son propre désir, soit en n'y répondant pas, le laissant dans un état de manque permanent qui devient insupportable. Le père est lui décrit comme souvent absent, surchargé professionnellement ou s'il est présent, il est souvent présenté comme ne pouvant exercer sa fonction de tiers séparateur entre la mère et l'enfant. Parfois même, il souffre lui-même d'addiction (68).

Au-delà des premiers temps de vie, certains fonctionnements familiaux communs seraient observés dans les familles de patients souffrant d'addiction (70,75,76). Ceux-ci, comme les interactions primaires, interfèrent dans le processus de séparation/individuation notamment en inhibant le processus de différenciation de l'individu. On observe par exemple dans ces familles un climat émotionnel familial tendu secondaire à des conflits ouverts permanents ou à l'inverse à un évitement des contacts émotionnels (75). Dans ce contexte, les frontières intergénérationnelles peuvent s'estomper et le système familial devient prioritaire sur ses membres (76). Toute individuation de ses membres est alors vécue comme une mise en péril

du groupe et une séparation comme une risque d'effondrement. Tout élément (événement, individu, etc.) interne ou externe pouvant mettre en péril le groupe est alors évité. Dans ce système centré sur lui-même, limitant les contacts avec l'extérieur, les membres se surprotègent et évitent toute source de conflit. Une certaine forme de dépendance s'installerait alors entre eux (75). Cet enchevêtrement des rôles intensifie le sentiment d'appartenance familial mais en contrepartie, il limite la différenciation interpersonnelle et inhibe le processus de séparation/individuation (70). L'adolescence est alors vécue comme un risque d'éclatement familial au dépend de l'individuation de l'adolescent. Dans un tel contexte, quelle serait la fonction d'une addiction ?

Elle permettrait une certaine forme d'autonomisation par rapport au groupe sans réellement s'en détacher (76). A l'inverse elle pourrait renforcer le sentiment d'appartenance quand elle est présente chez d'autres membres du groupe familial, notamment chez le père (71). Le système familial serait alors en capacité de s'adapter à ce changement, le protégeant ainsi d'un changement qui menacerait l'intégrité du groupe.

Au total, nous retrouvons au centre de ce système familial, des interactions qui reposent sur le paradoxe de dépendance/autonomie où l'autre est vécu comme intrusif ou à l'inverse comme rejetant. On retrouve donc la problématique du lien à l'objet et de l'incapacité de ces patients à trouver la distance adéquate avec ce dernier.

#### **d. Qu'en est-il chez les patients obèses ?**

A travers l'histoire de la maladie et l'histoire de vie de certains patients présentant une obésité, nous questionnerons l'application des éléments psychopathologiques évoqués précédemment.



Tout d'abord, on retrouve souvent chez ces patients des **interactions primaires** qui ne leur permettent pas de trouver un équilibre entre l'attachement aux figures parentales et l'exploration de leur environnement. En effet, on note fréquemment une omniprésence maternelle où à l'inverse une absence réelle ou une indisponibilité de la mère (dépression, addiction, deuil, etc.). Est également décrite une indifférenciation des demandes et besoins du bébé à l'origine d'une réponse alimentaire systématique (68,74). Les antécédents de traumatisme (physiques, psychiques ou sexuels) et de carences affectives pendant l'enfance sont fréquents chez ces patients (1,77). A l'âge adulte, ces différents éléments favoriseraient l'alexithymie du fait de l'incapacité de ces patients à différencier leurs émotions de leurs ressentis corporels comme la sensation de faim (77). La défaillance de leurs interactions primaires entraînerait une fragilité psychique nécessitant le recours à un objet externe pour s'apaiser en cas de tension interne.

Sur le plan du fonctionnement familial, ces patients rapportent souvent des souvenirs d'enfance marqués par une absence parentale et des carences affectives ou, à l'inverse, par une relation fusionnelle à la mère. Dans ces familles, on retrouve fréquemment des antécédents d'obésité notamment chez les parents ou dans la fratrie (1,78,79). Nous savons que la nourriture possède souvent une place particulière dans l'histoire familiale. Or, elle ne répond pas uniquement à des besoins physiologiques mais elle est également un temps de rencontre, d'échanges et elle participe à la culture familiale (12). L'obésité et le rapport à la nourriture sont alors inconsciemment identifiés comme des signes d'affiliation, d'appartenance au système familial, intégrant alors l'individu à ce « corps familial » (80). Cependant, chez les patients qui rapportent une relation fusionnelle à la mère, nous retrouvons fréquemment un fonctionnement familial, comme nous l'avons décrit précédemment, c'est-à-dire centré sur lui-même où l'homéostasie du groupe est prioritaire sur ses membres (81). Dans ce fonctionnement familial, qui inhibe l'individuation de l'enfant, l'obésité permettrait alors à l'enfant

de se dégager des attentes parentales et de s'individualiser sans se séparer des figures parentales dont il est dépendant notamment sur le plan narcissique (78,81). De plus, la nourriture est identifiée comme un tiers séparateur disponible et contrôlable qui permet de mettre l'autre, vécu comme intrusif, à distance.

Dans un premier temps, les patients décrivent l'alimentation comme un processus auto-calmant qui permet d'apaiser toute tension interne et de décharger leur souffrance psychique par le registre comportemental et corporel (82). Ainsi, la nourriture remplit temporairement une fonction maternelle que le patient est incapable de remplir pour lui-même, faisant le lien avec les objets transitionnels de l'enfance (68). La nourriture essaie de remplir ce rôle, mais étant d'ordre somatique plutôt que psychologique et ses effets étant éphémères, elle ne peut qu'échouer. Joyce McDougall nomme d'ailleurs ces objets d'addiction « objets transitoires » en référence et en opposition aux objets transitionnels.

Dans un second temps, ils décrivent une perte de contrôle sur ces comportements avec une majoration des quantités ou de la fréquence des prises alimentaires qui entraînent une prise de poids. Le rapport à l'alimentation n'est plus régulé par les signaux physiologiques de faim ou de satiété, ni même associé au plaisir, mais devient de l'ordre du besoin. Ces patients n'utilisent d'ailleurs pas le vocabulaire du plaisir ou de l'envie quand ils évoquent l'alimentation mais plutôt des termes comme « remplir », « engouffrer », « engloutir ». La nourriture vient remplir ce qu'ils décrivent comme un « vide intérieur » (77), cette jouissance ou auto-stimulation venant répondre à un sentiment de vide désorganisateur et remplir ainsi une fonction contra dépressive (70).

Le corps devient donc le moyen d'expression des conflits intra-psychiques sous-jacents liés à une problématique de lien à l'objet dans ce paradoxe de dépendance – autonomie. D'ailleurs, les patients rapportent souvent une prise de poids lors des grandes étapes de leur vie comme à

l'adolescence, lors de leur départ du domicile familial, de leur mariage, d'une grossesse, d'un deuil, d'un licenciement, etc. Ces évènements de vie, souvent riches sur le plan émotionnel, sont en lien avec une séparation réelle ou font écho au processus de séparation/individuation.

Le corps étant l'interface entre le monde interne et le monde externe et entre l'individu et les autres, il tient une place particulière dans la relation à l'autre. La perturbation précoce des premières relations à l'objet empêche la constitution d'une première peau psychique, celle-ci est alors défaillante ou absente (83). Nous pouvons faire l'hypothèse que l'obésité permettrait alors la constitution d'une seconde peau surprotectrice. Cette fonction de protection du surpoids prendrait tout son sens chez les patients aux antécédents traumatiques, se protégeant ainsi de l'autre, identifié comme dangereux, et de son désir (77). Il semblerait par conséquent logique que la suppression de cette enveloppe protectrice au cours de la perte de poids puisse fragiliser des patients au narcissisme précaire et donc présenter des résistances (84). Enfin, dans ce paradoxe de la dépendance et de l'autonomie, les modifications corporelles secondaires à l'obésité viennent freiner voire supprimer les modifications corporelles liées à la puberté lors de l'adolescence. Elle permet alors le maintien d'un corps d'enfant asexué, figeant le processus adolescent.

Au total, pour certains patients, l'obésité semble s'intégrer dans une problématique du lien à l'objet, au sein d'un paradoxe entre la dépendance et l'autonomie qu'elle partage avec les addictions. Le recours à la nourriture comme objet d'addiction correspondrait à la recherche d'une solution extérieure pour apaiser les conflits intra-psychiques non verbalisables. Ces derniers s'expriment alors par l'intermédiaire du corps, dans une scission entre le corps et la psychée.

## **IV. Perspectives et place de la psychiatrie**

Aujourd'hui, la prise en charge de l'obésité centrée sur la problématique somatique présente des résultats mitigés. Ce constat nous a amené à nous questionner sur l'intérêt de distinguer différentes formes d'obésité plutôt que de les englober sous un terme unique. En nous intéressant plus spécifiquement aux patients qui résistent ou échappent à la prise en charge, nous avons proposé d'aborder la problématique de l'obésité à travers une grille de lecture addictologique. Nous avons alors conclu que certains patients semblent avoir un rapport à la nourriture comparable à celui entretenu par les patients dépendant avec leur objet d'addiction. Quelles perspectives ces réflexions pourraient-elles alors apporter aux différents champs de l'obésité ? D'autre part, si l'on formule l'hypothèse d'une dépendance à la nourriture, quelle pourrait alors être la place du psychiatre dans sa prise en charge ?

### **A. Terminologie : de l'obésité à l'hyperphagie**

Nous avons questionné précédemment l'intérêt de distinguer plus clairement les différentes formes étiologiques de l'obésité. Cette proposition concernait plus spécifiquement les patients résistants ou échappant aux traitements, retrouvés en errance au milieu d'une conception du soin centrée sur la problématique somatique. Cette absence de distinction que nous avons pointée sur le plan clinique et nosographique se retrouve également dans la littérature. Certains écrits évoquent « l'obésité » et « les obèses » en se basant sur la définition de l'obésité, quand d'autres utilisent le terme d'« hyperphagie » et « d'hyperphages » sans forcément préciser l'existence de liens avec l'hyperphagie boulimique décrite dans le DSM-V.

Nous nous intéressons donc ici aux sujets :

- présentant une obésité,
- qui n'est pas uniquement expliquée par une étiologie somatique identifiée,
- résistante ou échappant donc aux traitements conventionnels,
- et dont le fonctionnement psychique et comportemental sont comparables à ceux des patients souffrant d'addiction.

Comment, par conséquent, continuer à désigner ces patients simplement comme des « obèses », à partir de leur symptôme ? Il apparaît nécessaire de pouvoir mener une réflexion sémiologique pour décrire et dénommer cette population de patients.

Les nommer de manière plus singulière permettrait évidemment de les reconnaître, de leur donner un statut, notamment dans le monde médical dont ils se sentent souvent incompris et rejetés devant leur incapacité à perdre du poids. Ce terme permettrait de « quitter la généralité et glisser vers la singularité » (77) et de dégager les soignants de la simple question pondérale pour s'intéresser plutôt au rapport que ces patients entretiennent avec la nourriture.

Catherine Grandgeard suggère avec une certaine malice le terme « d'obésité mentale », évoquant clairement l'origine psychique du surpoids (77). Nous pouvons cependant nous questionner sur le caractère stigmatisant de l'étiologie « mentale » chez des patients qui souffrent déjà d'une stigmatisation majeure au sein de la société mais aussi du corps médical.

Qu'en est-il du terme « **hyperphagie** » ?

La proximité terminologique avec l'«hyperphagie boulimique » du DSM-V questionne bien entendu ce choix. Nous avons vu que l'hyperphagie boulimique, qui était auparavant répertoriée dans les troubles alimentaires non spécifiés (EDNOS) et qui ne possède un statut de maladie à part entière uniquement depuis la publication du DSM-V (4), est très restrictive sur le plan des critères diagnostiques.

Malgré cette réserve, nous considérons qu'il serait intéressant de favoriser l'utilisation du terme d'« hyperphagie », dans une conception large correspondant à un trouble alimentaire défini simplement par une abondante prise alimentaire. Celui-ci permettrait notamment de nous dégager d'une conception centrée sur un symptôme somatique monolithique – l'obésité – pour évoluer vers une conception centrée sur un comportement subjectif. Dans cette perspective, l'hyperphagie boulimique serait une forme clinique d'hyperphagie, singularisée par des caractéristiques communes avec la boulimie, à savoir les prises alimentaires brutales et désorganisées.

Dans la suite de ce travail, nous prenons donc le parti d'utiliser ce terme d'hyperphagie.

## **B. Prévention**

Nous vivons aujourd'hui dans une société de l'abondance, entourés de sollicitations alimentaires entre la surabondance des supermarchés, les publicités alimentaires, les fast foods, etc. Or, c'est cette même société du plaisir immédiat qui prône à l'inverse le contrôle et la performance. Voilà comment un message nutritionnel de prévention de l'obésité se retrouve associé à une publicité de fast-food. Comment les patients souffrant d'obésité peuvent-ils se retrouver au milieu de ce paradoxe culturel ?

Nous nous interrogeons sur la répercussion des messages de prévention de l'obésité tels que « manger cinq fruits et légumes par jour » ou encore « Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop salé et trop sucré » (85). Concernant la population générale, ils questionnent, tout d'abord, sur leur possible incitation au contrôle voire à la restriction alimentaire qui pourraient chez certains patients engendrer des troubles du comportement alimentaire parfois à l'origine d'une obésité. De plus, si on se concentre sur les patients présentant une hyperphagie,

on peut se questionner sur l'efficacité de ces messages. En effet, ces patients connaissent pour la plupart, notamment suite à leurs multiples régimes et prises en charges, les causes nutritionnelles et les conséquences de leur obésité. Ce sont parfois même des « professionnels de la diététique ». Le nœud du problème n'est donc ni le manque d'informations, ni la capacité à manger moins, mais plutôt l'incapacité à pouvoir le faire durablement. Au total, dire à un patient obèse « il faut manger moins car ça fait grossir » équivaut à dire à un patient tabagique « fumer tue ». Même si les enjeux de santé publique justifient ces messages, l'addiction dépasse bien entendu la question de la seule volonté du patient.

Les messages de prévention de l'obésité interrogent ensuite sur leur aspect contradictoire par rapport aux messages de prévention de certains troubles du comportement alimentaire comme l'anorexie mentale. En effet, si l'on considère certaines formes d'obésité comme la conséquence d'un processus addictif, il serait probablement judicieux de réfléchir à une approche intégrée des troubles liés au poids (85,86). Les travaux de D.Neumark-Sztainer et de M.Volery suggèrent par exemple une démarche de prévention commune, qui permettrait d'éviter les messages préventifs contradictoires, et de mettre en commun des moyens de prévention aboutissant à un message commun qui se dégagerait de la problématique pondérale pour aborder de manière générale la question de l'hygiène de vie. Ce dernier pourrait alors se concentrer sur la mise en avant d'une hygiène de vie saine, comprenant une alimentation et une activité physique adaptées, et sur la valorisation de l'estime de soi et de la satisfaction corporelle (87).

## C. Prise en charge de l'hyperphagie

Actuellement, les patients obèses souffrant d'hyperphagie se retrouvent fréquemment dans un cercle vicieux d'échecs thérapeutiques centrés sur les problématiques somatique et pondérale. Avant de développer les perspectives concernant les outils de prise en charge, réfléchissons d'abord sur l'accès aux soins et sur l'orientation de ces patients.

### a. Accès aux soins et orientation

De façon générale et particulièrement pour l'obésité, le premier acteur de soins auquel s'adresse les patients est leur **médecin généraliste**. Dans un second temps, notamment en cas d'échec thérapeutique, celui-ci peut adresser ces patients aux **réseaux spécialisés**, dont le développement est particulièrement favorisé dans la prise en charge de l'obésité. L'approche addictologique de l'obésité que nous encourageons pourrait ainsi s'appuyer sur les réseaux pré-existants, voire sur le développement de leur visibilité auprès des professionnels de santé mais aussi auprès des patients. Ces réseaux pourraient s'enrichir de professionnels de santé formés aux problématiques addictives comme les psychiatres et les psychologues, notamment ceux spécialisés dans les TCA, ainsi que de l'ensemble des professionnels qui interviennent dans leur prise en charge.

Nous pourrions questionner l'intérêt de réunir les réseaux de prise en charge de l'obésité existants et ceux spécialisés dans les TCA. Cependant, il semblerait déjà intéressant de développer des partenariats entre eux, permettant ainsi de prendre en charge de façon commune certains patients.



Comme nous l'avons évoqué précédemment, actuellement, même les patients obèses répondant aux critères de troubles du comportement alimentaire comme l'hyperphagie boulimique ne sont pas forcément pris en charge dans les structures spécialisées en TCA. Celles-ci sont parfois perçues comme « non adaptées » du fait de l'absence de formation des équipes à la problématique du surpoids, de la présence d'une majorité de patients souffrant de TCA associés à une dénutrition, de l'absence de certains critères cliniques comme les vomissements, ou enfin du fait de la stigmatisation de ces patients dans le monde médical.

Une réflexion autour du **dépistage de ces patients** reste d'autre part à mener. En effet, un dépistage précoce des troubles du comportement alimentaires, mais également de toute relation de type addictive à la nourriture, permettrait l'orientation précoce de ces patients vers une prise en charge spécialisée plutôt que de les maintenir dans des soins qui aboutiront probablement à un échec. Cependant, l'instauration de ce dépistage et surtout des critères cliniques sur lesquels il pourrait reposer restent flous. Comme le souligne E.Bertin, il semblerait dans tous les cas intéressant qu'une place centrale soit attribuée à l'histoire pondérale des patients, au-delà du simple récit de l'histoire de la maladie (88). Nous savons que dans la mesure où la nourriture est identifiée comme une recherche d'apaisement externe, il est très fréquent d'observer des fluctuations pondérales lors d'évènements de vie vécus comme fragilisants. Par conséquent, une attention particulière à l'histoire pondérale pourrait permettre de suspecter précocement une problématique addictive lors de l'évaluation initiale des patients obèses.

Enfin, nous avons rappelé que le recours aux réseaux de soins et/ou aux spécialistes est actuellement recommandé en cas de détection de pathologies associées à l'obésité ou d'échec du traitement (1). Doit-on alors attendre l'éviction d'une pathologie somatique sous-jacente ou un certain nombre d'échec de traitement avant de suspecter un comportement addictif sous-

jaçant et d'adresser ces patients aux professionnels formés à cette problématique ? Certains professionnels ne considèrent pas les rechutes comme des échecs mais plutôt comme des étapes du cheminement psychique des patients et estiment qu'une prise en charge psychologique ou psychiatrique trop précoce pourrait être inefficace voir délétère (88). En effet, adresser un patient obèse vers une prise en charge psychiatrique ou psychologique sans qu'il soit à l'origine de la demande ou qu'il ait pris conscience de l'origine psychique de ses troubles semblerait peu efficace et potentiellement à l'origine de résistance à un travail psychique ultérieur.

## **b. Structures de soins**

Une fois le dépistage et l'orientation précoce de ces patients addicts réalisés, quelles pourraient être **les structures de soins d'accueil** ?

L'obésité qu'elle soit d'étiologie addictive ou somatique nécessite une prise en charge pluridisciplinaire. Il nous semble qu'une prise en charge spécifiquement psychiatrique n'aurait pas plus de sens qu'une prise en charge uniquement somatique. Or, les services spécialisés en troubles du comportement alimentaire sont parfois réticents à prendre en charge des patients obèses et les services de médecine sont souvent peu dotés en psychiatres et en psychologues. Ces différents éléments questionnent alors la nécessité de créer des partenariats entre des services existants voire de mettre en place de **nouvelles unités de soins spécialisées**, en menant une réflexion autour de la composition des équipes de ces dispositifs. Des partenariats pourraient alors être créés entre des services de médecine comme l'endocrinologie, la gastro-entérologie ou encore les services de chirurgie bariatrique et des services de psychiatrie spécialisés en addictologie voire en TCA.

Au-delà du lieu de soins, on peut s'interroger sur ses modalités. Si on s'appuie sur l'existence d'une addiction à la nourriture chez ces patients, peut-on à leur proposer les modalités de soins utilisées dans les autres addictions ?

Nous évoquerons tout d'abord **l'hospitalisation à temps complet**, qui permettrait un sevrage addictologique. En effet, tout comme l'on propose une hospitalisation de sevrage à un patient dépendant à une substance psycho-active ou une hospitalisation de sevrage des crises de boulimie chez un patient boulimique, on pourrait peut-être proposer ce type de soins à ces patients. Elle pourrait aussi bien concerner les patients souffrant d'hyperphagie boulimique que tout ceux souffrant d'un rapport addictif à l'alimentation de façon générale.

D'autre part, nous avons développé comment l'obésité, en particulier celle des adolescents ou des jeunes adultes, pouvait être le mode d'expression de conflits intra-psychiques en lien avec le processus de séparation/ individuation. Cette problématique étant commune aux autres troubles du comportement alimentaire (70), on peut s'interroger sur les perspectives de soins que la prise en charge de ces troubles pourrait alors apporter à l'obésité. Ainsi, dans la mesure où un premier temps de mise à distance de l'environnement et notamment de l'environnement familial est instauré dans certains services spécialisés en TCA (89), Nous pourrions discuter de l'intérêt de cette prise en charge chez les jeunes patients obèses (79,83).

Dans le cadre de troubles ne nécessitant pas de prise en charge intensive en hospitalisation, l'instauration de soins en **hôpital de jour** pourrait être proposée. Un travail de réflexion autour des professionnels de soins que pourraient rencontrer ces patients et sur les ateliers thérapeutiques dont ils pourraient bénéficier semblerait alors intéressant. En cas de suivi en ambulatoire, l'articulation des soins et la place des différents acteurs de soins est à réfléchir. Il semble évident que le **médecin traitant** doit y avoir une place centrale puisqu'il est identifié par les patients comme le soin de premier recours et qu'il articule les différentes prises en charge.

**Les réseaux de soins** pourraient également y prendre une place particulière en articulant les soins entre les différents intervenants spécialisés dans la prise en charge de l'obésité, qu'ils soient médecins, paramédicaux ou autres et du domaine somatique ou psychiatrique.

Au total, du fait de l'absence de structures actuelles alliant une prise en charge somatique et psychiatrique chez les patients obèses, une réflexion est à mener sur des partenariats entre les structures existantes voire sur la création de nouveaux lieux de soins adaptés à ces patients et sur les modalités de leur prise en charge.

### **c. Outils de soins**

Comme nous l'avons développé, les soins recommandés pour les patients présentant une obésité se concentrent aujourd'hui sur :

- L'abord diététique (modification de l'hygiène de vie),
- La prévention des complications somatiques du surpoids,
- L'abord chirurgical en cas d'obésité morbide et d'échec des prises en charge précédentes.

Mais ces recommandations sont-elles adaptées aux patients que nous désignons dans ce travail comme "hyperphagiques", c'est à dire les patients présentant une obésité liée, au moins partiellement, à un rapport addictif à la nourriture ?

Cette question paraît fondamentale puisque nous pouvons facilement imaginer que les échecs thérapeutiques concernant ces patients puissent être liés à l'aspect inadapté des soins qui leur sont proposés.

En effet, quel est l'impact de "simples" **messages de prévention** ou d'incitation à modifier son hygiène de vie sur un sujet enfermé dans les paradoxes de l'addiction ?

La question est bien connue dans la lutte anti-tabac par exemple. (90) Les travaux de Jamrozik dans ce domaine démontrent que les campagnes d'information sont utiles et *nécessaires* (à condition que le message soit original, scientifiquement prouvé, étendu sur une longue période et dans plusieurs médias) mais certainement pas *suffisantes* (90).

Cela confirme une intuition empirique de bon sens : il ne suffit pas d'encourager un addict à modifier son comportement pour qu'il y parvienne.

Sous l'angle de l'addictologie, la question de la **chirurgie bariatrique** pose également question et pourrait nécessiter un travail théorique à part entière.

En effet, si nous considérons un patient addict comme un sujet faisant face à la difficulté, voire à l'impossibilité, de mobiliser des contraintes *internes* propres pour limiter ses comportements, il n'est pas anodin que la médecine propose une méthode revenant à imposer une contrainte *externe* pour y parvenir.

A l'image de l'effet antabuse de certains traitements contre le mésusage d'alcool, l'utilité d'une contrainte externe dans le domaine de l'addictologie pourrait bien sûr se discuter. Cependant, l'aspect définitif, internalisé voire incarné de la limite imposée par le geste chirurgical interroge, d'autant qu'il confère à ce dernier la dimension quasi "magique" fréquemment retrouvée dans le discours des patients. Sans remettre en question l'efficacité de cette technique dans certaines situations cliniques extrêmes, la prudence semble donc s'imposer quant à sa généralisation.

Il s'agit donc de pouvoir proposer d'autres pistes thérapeutiques complémentaires de celles déjà existantes, permettant ainsi une prise en charge globale des patients. Ces différents outils, empreintés au domaine de l'addictologie, permettraient une approche différente de l'hyperphagie.

## 1) La psychothérapie individuelle

Si l'on considère l'hyperphagie comme un mode d'expression de conflits intra-psychiques sous-jacents, il semble alors cohérent qu'une prise en charge principalement centrée sur la problématique pondérale, puisse être synonyme de rechute à plus ou moins long terme, voire d'un échec des soins. Un travail de psychothérapie individuelle, d'orientations théoriques différentes, permettrait de questionner la fonction du symptôme tout en initiant des changements psychiques et comportementaux. Cet outil de soin repose donc sur des entretiens en face à face, entre le patient et les différents thérapeutes.

La psychanalyse semble être un outil thérapeutique de choix pour faire venir à la conscience les conflits intra-psychiques sous-jacents qui jusqu'alors s'exprimaient par le corps. La **psychothérapie d'orientation analytique** permettrait de recréer du lien entre le corps et la psychée du patient, permettant à ce dernier de mettre des mots sur les maux du corps (77). Les problématiques du lien à l'objet et du processus de séparation/individuation, pourraient y être abordées, afin de soutenir le travail d'individuation des patients en faisant émerger un autre mode de relation à l'objet. L'émergence de ressources psychiques internes propres aux patients éviterait ainsi le recours systématique à l'hyperphagie pour s'apaiser (83).

Il nous semblerait intéressant que cet abord psychanalytique soit complété d'une **approche cognitivo-comportementale**. Elle permettrait d'étudier le comportement addictif en lui-même, son déroulement et les cognitions qui lui sont associées. Un premier temps d'étude des prises alimentaires et plus particulièrement des crises hyperphagiques permettrait aux patients de mieux comprendre leur fonctionnement psychique. Par exemple, l'identification des facteurs favorisants et protecteurs des crises permettrait de mieux appréhender ces dernières. Un travail psychothérapeutique centré sur les émotions, leur reconnaissance et leurs liens avec les prises alimentaires semble essentiel chez ces patients incapables de différencier leurs ressentis

physiques et psychiques. Ce premier temps d'étude approfondie de la fonction d'économie psychique de l'hyperphagie aboutirait à la mise en place de stratégies d'évitement. L'objectif étant que le patient devienne capable d'identifier et de différencier ses ressentis pour pouvoir les apaiser lui-même, devenant ainsi « sa propre bonne mère ». Par ailleurs, chez ces patients narcissiquement fragiles, un travail autour de l'estime de soi pourrait soutenir le processus d'individuation initié dans les soins.

Cependant, dans la mesure où ces patients expriment leur souffrance psychique à travers le corps à défaut de pouvoir le faire par l'élaboration langagière, un espace de psychothérapie basé sur la seule verbalisation pourrait alors les mettre en difficulté voire en échec. L'association de **soins médiatisés** comme l'art-thérapie ou la musico-thérapie pourrait ainsi être indiquée. Ce type de thérapie permettrait d'utiliser un tiers ou un média, se dégageant de la relation thérapeutique en face à face, parfois difficile pour ces patients.

**L'orientation systémique** est bien sûr un outil de soins privilégié dans cette pathologie liée au processus de séparation/individuation et à la relation à l'objet. Elle permet d'aborder les interactions avec les autres et de questionner la bonne distance à trouver avec eux.

Au total, ces différentes orientations théoriques apporteraient un abord différent de l'hyperphagie, permettant de travailler le comportement addictif en lui-même, pour initier par la suite des changements dans le fonctionnement psychique et comportemental des patients.

## 2) Les prises en charge familiales

Concernant les adolescents et les jeunes adultes, il serait intéressant de pouvoir utiliser au sein du système (famille, couple) les outils systémiques dont nous venons de souligner l'utilité dans les prises en charge individuelles. En effet, des entretiens familiaux voire une **thérapie familiale** pourrait soutenir le processus d'autonomisation psychique favorisé en psychothérapie

(91). L'abord systémique pourrait s'associer à d'autres types d'orientation théoriques (psychanalytique, TCC). Cet espace de soin permettrait de travailler les interactions entre les membres du système familial et la fonction qu'y prend le symptôme. L'initiation de changements dans le fonctionnement familial viendrait ainsi soutenir les changements individuels initiés dans d'autres soins. Sans cela, le patient risque d'être confronté à un sentiment de rejet ou de mise en péril du système, souvent source de rechute (78). Il semble alors important, comme dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire, que les parents soient précocement intégrés à la prise en charge de leur enfant, en tant que co-thérapeutes (79).

### 3) Groupes de pairs

Les **soins en groupe** (groupe de parole, atelier thérapeutique en groupe, etc.) paraissent indispensables dans la mesure où ils offriraient aux patients un espace de verbalisation et de réflexion différent, permettant un partage d'expérience entre les patients, une identification voire des prises de conscience. Dans ce contexte, le discours de patients, partageant une problématique commune, prend une résonance différente de celui des soignants. Concernant les adolescents et les jeunes adultes, ces temps en groupe permettraient aussi de les confronter au groupe de pairs, support au processus de séparation/individuation (91).

### 4) La prise en charge corporelle

Si certaines médiations comme l'art ou la musique permettraient un autre abord de la problématique addictive, le corps semble être le médiateur de choix. La problématique corporelle étant centrale chez les patients souffrant d'obésité secondaire à l'hyperphagie, la **prise en charge corporelle** se doit d'occuper une place centrale dans les soins, et ce à temps distincts du traitement. Le premier concerne la fonction du symptôme obésité et le second,



l'accompagnement de la perte pondérale. On peut faire l'hypothèse que l'absence d'accompagnement lors de ces deux temps du soin pourrait être à l'origine de certains échecs de prise en charge.

On peut s'interroger sur la fonction de ce surpoids et plus particulièrement de celui que ces patients n'arrivent pas à perdre. Le corps étant l'interface entre les mondes interne et externe et entre l'individu et les autres, ce surpoids intervient donc dans la relation et la distance à l'objet. Elle permet de le mettre à distance ou à l'inverse de s'en rapprocher, facilitant l'identification (83). Perdre cet excès pondéral est alors synonyme de perte de ce moyen de protection, notamment chez les patients aux antécédents traumatiques. A l'inverse, il correspond à la perte d'un sentiment d'appartenance chez des patients narcissiquement fragiles (92). L'abord corporel semble ainsi essentiel chez ces patients, en particulier quand il est associé à un travail psychothérapique, leur permettant de reconnecter le corps à la pensée et aux ressentis. Par ailleurs, il permettrait aux patients de se réapproprier ce corps tant décrié et synonyme de souffrance (93). L'élaboration d'un rapport au corps différent pourrait s'effectuer au cours de séances de kinésithérapie, de psychomotricité, de fasciathérapie, de relaxation et d'autres prises en charge à médiation corporelle (94). De plus, l'activité physique adaptée permettrait une remise au sport associée à un sentiment de plaisir et non à un ressenti douloureux dans le but de perdre du poids.

D'autre part, lors de la perte de poids, le patient est confronté à de nombreux changements corporels et par conséquent à celui du regard de l'autre. Cette perte pondérale entraîne notamment la réapparition des signes physiques de sexualisation du corps. Cet élément est particulièrement important chez les adolescents pour lesquels l'obésité avait jusque là masqué les changements physiques liés à l'adolescence et à la puberté (84,94). Les activités des patients au quotidien ne sont plus limitées par cet excès de poids, leur ouvrant de nouvelles perspectives. Ces changements, et en particulier ceux sur le plan physique, peuvent être

majeurs et rapides en particulier suite à la chirurgie bariatrique (35,39,41,42,44). Or, selon certaines études, les modifications corporelles liées à la perte pondérale ne seraient pas toujours élaborées sur le plan psychique. En effet, ces travaux soulignent une inadéquation entre l'image corporelle des patients opérés et la réalité (46–48,50). Les prises en charge à médiation corporelle pourraient alors les accompagner dans la reconnaissance et l'adaptation à ces changements, en particulier en ciblant les perceptions erronées de leur corps, permettant un meilleur ajustement de l'image corporelle. Cette approche pourrait utiliser divers outils d'orientation cognitivo-comportementale comme par exemple la comparaison entre leur silhouette estimée et la réalité, la réalisation de photographie à différents stades de la perte de poids, etc.

Au total, les soins à médiation corporelle pourraient permettre aux patients de se réapproprier leur corps avant, pendant et après la perte pondérale. Négliger cet aspect de la prise en charge et son accompagnement sur le plan psychothérapeutique semble inconcevable dans la prise en charge globale de ces patients et dans la perspective d'une perte pondérale au long cours. Cela semble d'autant plus indiqué dans le cadre de la chirurgie bariatrique où la perte de poids est souvent plus importante et rapide que dans la prise en charge médicale.

## **5) La prise en charge diététique**

Il nous paraît évident que les patients présentant une hyperphagie, comme tout patient souffrant d'obésité, devraient bénéficier d'une rééducation alimentaire. Cet outil de soin, déjà utilisé dans la prise en charge de l'obésité, pourrait bénéficier d'outils complémentaires plus adaptés à la problématique addictive. Ces derniers pourraient concerner différents domaines :

la reconnaissance des signaux physiologiques liés à l'alimentation et l'apprentissage ou le ré-apprentissage de l'équilibre entre les apports et les besoins énergétiques.

En premier lieu, il semble important que les patients puissent distinguer la réalité des signaux, comme la faim et la satiété, de la perception qu'ils en ont souvent confondue avec tout autre ressenti. Ce travail pourrait être réalisé avec une diététicienne tout en étant associé à un travail corporel et au travail psychothérapeutique d'identification des émotions. Chez les patients dépendants, le recours à la nourriture comme objet d'apaisement immédiat perturbe l'alternance entre le désir et le manque (14). La rééducation alimentaire permettrait ainsi de rétablir cette alternance entre désir, plaisir, apaisement et manque et leur capacité à s'autoréguler entre eux. Concernant la notion de plaisir, l'expérimentation d'aliments en pleine conscience permettrait peut-être de les identifier à nouveau comme des objets de plaisir et non comme un besoin.

La rééducation alimentaire ne concerne pas uniquement le rapport à la nourriture mais également la connaissance des aliments. Si certains patients sont devenus de réels « professionnels de la diététique » au cours de leurs différents régimes, d'autres possèdent des connaissances très floues sur les différents aliments, le fonctionnement digestif et les besoins énergétiques au quotidien. D'autres encore présentent de fausses croyances voire un mode de pensée dichotomique entre les « bons » et les « mauvais » aliments ou entre ceux « autorisés » ou « interdits ». L'objectif de la rééducation alimentaire est alors l'adaptation des apports énergétiques quotidiens aux besoins du patient, tout en y associant une notion de plaisir. Cet abord éviterait peut-être de basculer dans l'engrenage restriction/frustration/transgression des régimes restrictifs (77). Au total, l'objectif est alors que la nourriture retrouve son statut de besoin physiologique, de source de plaisir et de médiateur social et non plus de besoin psychique.

## 6) L'abord pharmacologique

Nous avons évoqué des études en faveur d'éléments neurobiologiques communs entre les patients obèses et les patients souffrant d'autres formes d'addiction (60,62,63,65). Or, la modulation des voies du glutamate et de l'acide  $\gamma$ -aminobutyrique (GABA) est actuellement une des cibles privilégiées du traitement de la dépendance (14). On peut alors se questionner sur l'efficacité de ces molécules modulatrices GABAergiques et/ou glutamatergiques (baclofène, acamprosate, topiramate et lamotrigine) chez les patients présentant une hyperphagie et plus particulièrement une hyperphagie boulimique. Les études semblent en faveur d'une efficacité du baclofène et du topiramate contrairement à l'acamprosate et à la lamotrigine (95). Les premiers semblent réduire l'hyperphagie boulimique et le craving tout en permettant une perte de poids. Ces molécules pourraient ainsi être une piste dans la prise en charge des patients souffrant d'hyperphagie boulimique et plus globalement pour les patients hyperphagiques.

## D. Perspectives de recherche

Nous avons émis des hypothèses concernant les **patients résistants ou échappant à la prise en charge actuelle** de l'obésité. Il semblerait alors intéressant de pouvoir étudier scientifiquement cette sous-population pour en connaître plus précisément les caractéristiques. Cela permettrait alors d'adapter au mieux la prise en charge pour répondre aux besoins de ces patients.

Des travaux complémentaires pourraient approfondir la problématique addictive dans l'obésité. Ils pourraient notamment concerner le domaine **psychopathologique**. En effet, la

qualité des interactions primaires est mise en cause dans la problématique addictive et notamment chez les patients hyperphages mais pas seulement (96,97). D'autres troubles psychiatriques plurifactoriels (troubles de la personnalité, troubles anxieux, etc.) mettent également en cause la défaillance de ces interactions (96,97). Il semblerait alors intéressant d'étudier comment d'un facteur prédisposant commun, les troubles peuvent évoluer vers une symptomatologie différente. Cette réflexion pourrait tout autant s'appliquer au sein de la problématique addictive, en questionnant l'orientation préférentielle de ces patients vers la nourriture plutôt que vers un autre produit ou comportement d'addiction. En outre, il semblerait intéressant de questionner l'évolution des troubles vers une hyperphagie plutôt que vers un autre trouble du comportement alimentaire.

L'étude des **fondements neuro-anatomiques** de l'addiction et plus spécifiquement de l'hyperphagie est une autre piste de recherche à ne pas négliger. En effet, celle-ci pourrait déboucher sur une amélioration des connaissances étiologiques mais également sur des pistes pharmacologiques.

## **E. Représentations de l'obésité et perspectives de formation**

Actuellement, la prise en charge de l'obésité repose sur deux représentations de cette pathologie. La première est celle d'une pathologie somatique qui s'impose au patient, lui attribuant un statut de victime. Cet abord a alors tendance à renforcer chez le patient l'attente d'une solution extérieure à lui. La seconde est plutôt en faveur d'un manque de volonté chez ces patients, décrits comme « incapables de s'imposer des limites ». Ces deux modes de

pensée semblent pourtant mener à une impasse dans la prise en charge de certains patients. Le point de vue addictologique permet alors d'aborder l'obésité différemment, c'est à dire comme une problématique qui dépasse les patients mais qui ne peut être prise en charge sans eux. Elle leur permet alors de se dégager de leur statut passif de victime en attente d'une solution extérieure, tout en les déchargeant de leur culpabilité massive. Pour que cette évolution soit possible, il est alors nécessaire de **sensibiliser et de former les différents acteurs de soins** à la problématique de l'obésité mais aussi de l'hyperphagie. En effet, les professionnels de soins sont souvent confrontés à un sentiment d'inefficacité et d'incompréhension dans la prise en charge de ces patients (57). Les patients, quant à eux, se sentent incompris, abandonnés voire stigmatisés par le monde médical (57,98). La prise en charge étant pluridisciplinaire, de nombreux professionnels de santé pourraient bénéficier d'une sensibilisation voire d'une formation sur l'hyperphagie. **L'abord addictologique permettrait ainsi de modifier non seulement les modalités de soins mais également l'image de l'obésité véhiculée dans le monde médical.** Cela permettrait d'attirer l'attention des praticiens sur l'histoire de vie des patients et de leur maladie, jusqu'ici raliée au second plan derrière les problématiques somatiques. L'évaluation clinique initiale pourrait ainsi s'enrichir de l'histoire pondérale des patients, des traitements antérieurs, de leurs motifs d'échec, de l'histoire de vie et notamment de la qualité des interactions précoces ou des antécédents de traumatisme, etc.

De manière plus spécifique, on peut s'interroger sur la **formation des psychiatres** à cette problématique. Bien que les rencontres entre les psychiatres et les patients obèses soient actuellement peu fréquentes, la promotion d'une approche addictologique pourrait les majorer à l'avenir. On peut alors se questionner sur l'intérêt d'ajouter une formation sur l'hyperphagie à celle des addictions. Celle-ci devrait-elle concerner uniquement les psychiatres qui souhaitent se spécialiser en addictologie ou concerner l'ensemble des praticiens ? En effet, si l'on considère l'augmentation constante de la prévalence de l'obésité, il est probable que la majorité

d'entre eux y soit un jour confrontée dans leur pratique. Il semblerait alors intéressant que l'ensemble des psychiatres puisse être sensibilisé à la problématique de l'obésité et à ses liens avec la psychiatrie et que d'autres puissent bénéficier, s'ils le souhaitent, d'une formation plus spécialisée.

## F. Place du psychiatre

Le psychiatre permettrait de définir un autre espace de soins, celui de la pensée, au cœur d'une orientation médicale focalisant toute son attention sur le corps. Nous avons évoqué le fait que les rencontres entre le psychiatre et les patients souffrant d'hyperphagie se cantonnaient actuellement aux évaluations en amont de la chirurgie bariatrique ou en cas de contre-indication ou d'échec de prise en charge. L'abord addictologique permettrait alors de redéfinir la place du psychiatre à différents stades de la prise en charge de l'hyperphagie.

Les patients consultent prioritairement dans le cadre d'une plainte, d'une souffrance somatique et très rarement pour les conséquences ou les origines psychiques de leur obésité. La prise en charge somatique permet ainsi une reconnaissance et une prise en charge de la composante corporelle des troubles. Le psychiatre pourrait alors accueillir la souffrance psychique des patients et permettre ainsi de **recréer du lien entre le corps et la psychée**, souvent clivés chez ces patients. Ce clivage corps-pensée est probablement renforcé par son clivage dans les soins, entre d'une part les somaticiens et de l'autre les psychiatres et les psychologues. La création d'équipe pluridisciplinaire permettrait alors une prise en charge de l'individu dans sa globalité et dans son unité corps-psychée. D'autre part, si **l'accueil** des patients dans les soins est un temps important de la prise en charge, **leur accompagnement** l'est tout autant. C'est particulièrement le cas au cours de la perte de poids, d'autant plus quand

elle est importante et rapide comme avec la chirurgie bariatrique. Celle-ci entraîne de nombreux changements physiques mais aussi psychiques chez des patients narcissiquement fragiles nécessitant un accompagnement rapproché.

Au delà de la problématique addictive, le psychiatre pourrait effectuer un **dépistage précoce des troubles psychiatriques** dans une population de patients à risque (20), permettant ainsi une orientation vers une prise en charge spécialisée. Il permettrait de faire le lien entre les deux prises en charge, prenant le rôle **d'interlocuteur privilégié** pour les différents acteurs du soin. La place du psychiatre auprès des patients souffrant d'hyperphagie pourrait donc être redéfinie et apporter une approche complémentaire de celle centrée sur la problématique corporelle.

En intégrant cette prise en charge, c'est également **la place du psychiatre au sein d'équipes pluridisciplinaire** qui est à définir. Il semblerait intéressant qu'il puisse occuper une place particulière dans la continuité du soin, comme par exemple les diététiciennes, jouant ainsi un **rôle de fil rouge** au cours de la prise en charge mais également entre les différents soignants.

De plus, le rôle du psychiatre serait peut-être **de nuancer les décisions de prise en charge** en rappelant l'influence des enjeux psychiques de l'hyperphagie et de l'obésité dans les conséquences et l'efficacité du traitement. C'est particulièrement le cas dans la chirurgie bariatrique. Cette dernière est très attractive, tant sur le plan somatique pour le patient qu'économique pour les services hospitaliers, mais non sans conséquences chez ces patients fragiles. Son rôle pourrait être de rappeler la contrainte qu'impose la chirurgie à des patients en difficulté voire dans l'incapacité de limiter leurs comportements en l'absence de ressources internes suffisantes. Cette nuance permettrait peut-être à certains patients de se passer d'un traitement chirurgical définitif et de bénéficier d'autres types de prise en charge plus adaptés à leur problématique.



Au total, le psychiatre a sans conteste une nouvelle place à trouver dans la prise en charge de l'hyperphagie. Celle-ci concerne autant sa place auprès des patients qu'au sein des dispositifs pluridisciplinaires.

# CONCLUSION

Au total, la société actuelle est une société d'abondance qui fait l'éloge du plaisir immédiat tout en valorisant le contrôle. La nourriture n'échappe pas à ce paradoxe avec des sollicitations alimentaires permanentes dans une société qui célèbre la minceur. Celle-ci symbolise alors la capacité de l'individu à s'autodiscipliner plutôt qu'à céder au plaisir immédiat, devenant ainsi un facteur d'intégration sociale.

Dans ce contexte, les patients souffrant d'obésité se retrouvent à contre-pied de l'idéal collectif. Certains s'engagent alors dans une multitude de régimes et de prises en charge, rentrant ainsi dans un engrenage alternant restriction, frustration et transgression. Malgré leurs longs parcours de soins, il est fréquent que la prise en charge se concentre principalement sur les problématiques pondérales et somatiques, négligeant la part psychique des troubles. En effet, les rencontres entre ces patients et le psychiatre se limitent souvent à une évaluation en amont d'une chirurgie bariatrique ou en aval de cette dernière, en cas de contre indication ou d'inefficacité.

Les résultats mitigés de cette prise en charge somatique, bien que pluridisciplinaire, nous ont amenés à nous questionner sur l'intérêt de distinguer différentes étiologies de l'obésité, nécessitant alors différents types de prise en charge. La grille de lecture addictologique nous a ainsi permis de porter un autre regard sur l'obésité, en nous détachant de la vision actuelle centrée sur un symptôme somatique monolithique pour nous concentrer sur le rapport qu'entretiennent ces patients avec l'alimentation. Nous avons alors proposé une conception de l'obésité centrée sur un comportement subjectif s'intégrant dans une problématique addictive : l'hyperphagie. Au total, si on ne peut considérer l'obésité dans sa globalité comme une addiction, certains comportements

alimentaires, que nous proposons de regrouper sous le terme d'hyperphagie, semblent l'être.

Cette conception permet d'envisager les patients obèses dans leur globalité, leur individualité et leur singularité. Le psychiatre a sans conteste un rôle à jouer dans l'évolution de cette conception et dans les répercussions thérapeutiques de cette dernière. À propos de la chirurgie bariatrique, il semble important qu'il puisse nuancer les décisions thérapeutiques qui imposent une contrainte externe définitive à des patients addicts dont la prise en charge réside justement dans la restauration de ressources internes propres.

L'hyperphagie serait donc une pathologie plurifactorielle qui nécessiterait une prise en charge globale. La création de dispositifs pluridisciplinaires associant une approche somatique et psychique permettrait d'offrir d'autres perspectives de soins aux patients et probablement d'améliorer les résultats de leur prise en charge.

# RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique: Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique, argumentaire. Septembre 2011 <https://www.has-sante.fr>
2. Cassuto D-A. La première consultation de nutrition chez un enfant et un adolescent obèses. *Enfances Psy.* 1 oct 2005; n°27(2):61-70.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé -CIM 10-.
4. Association Américaine de Psychiatrie. Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie - DSM V-.
5. Obepi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Enquête INSERM/KANTAR HEALTH/ ROCHE
6. Dubern B, Clément K. Les aspects génétiques de l'obésité. *Médecine Mal Métaboliques.* 1 juin 2007;1(2):22-7.
7. Clément K, Basdevant A, Guy-Grand B, Froguel P. Génétique et obésité. *Sang Thromb Vaiss.* 17 nov 1997;9(8):487-96.
8. Basdevant A, Laville M, Ziegler O. Practice guideline for the diagnosis, prevention, treatment of obesity in France. Groupe de Travail chargé de la mise au point des « Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des Obésités en France »]. *Diabetes Metab.* 1998;24 Suppl 2:10-42.
9. Basdevant A. L'obésité : origines et conséquences d'une épidémie. *Comptes Rendus Biologies.* Aout 2006. Volume 329, n°8, p.562-569
10. Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité - Rapport au Président de la République. Décembre 2009
11. Darmon NN. Le gradient social de l'obésité se creuse en France. Sait-on pourquoi? *OCL. Journal.* 2008, vol.15, n°1, p.46-52.
12. Kagansky I. La place de la nourriture dans les relations familiales. *Enfance & Psy* 2005/2 (n°27), p.1
13. Collège National des Universitaires en psychiatrie. Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent et l'adulte. IN: Référentiel de Psychiatrie et d'Addictologie. Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. Collection "l'officiel ECN", Presse Universitaire François- Rabelais, 2016.p.369-386

14. Cottencin O, Guardia D. Obésité: le point de vue de l'addictologue. *Lett Psychiatr.* 2012;8(1):24-7.
15. Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Geliebter A, Gluck ME, Vinai P, et al. Proposed Diagnostic Criteria for Night Eating Syndrome. *Int J Eat Disord.* avr 2010;43(3):241-7.
16. Apfeldorfer G. Je mange donc je suis. 2006. (Petite biblio Payot Santé).
17. Apfeldorfer G., Zermati J-P, Restriction cognitive et régimes. *La Presse Médicale*, 2001,30,32, 1575-1580
18. Schlienger J-L. Conséquences pathologiques de l'obésité. *La Presse Médicale*, Septembre 2010, Volume 39, Issue 9, p. 913-920
19. Sarfati J, Young J, Christin-Maitre S. Obésité et fertilité de la femme. *Annales d'Endocrinologie.* 2011. Vol. 71 , n° S1, p.49-53
20. Petry NM, Barry D, Pietrzak RH, Wagner JA. Overweight and Obesity Are Associated With Psychiatric Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosom Med.* 1 avr 2008;70(3):288-97.
21. Marcus MD, Kalarchian MA, Courcoulas AP. Psychiatric Evaluation and Follow-Up of Bariatric Surgery Patients. *Am J Psychiatry.* 1 mars 2009;166(3):285-91.
22. Brittner M, Courtet P, Guillaume S. Rôle du psychiatre dans la chirurgie bariatrique. *La Lettre du Psychiatre*, vol VIII, n°1, Janvier-Février 2012
23. Kolotkin RL, Crosby RD, Pendleton R, Strong M, Gress RE, Adams T. Health-related quality of life in patients seeking gastric bypass surgery vs non-treatment-seeking controls. *Obes Surg.* juin 2003;13(3):371-7.
24. Niego SH, Kofman MD, Weiss JJ, Geliebter A. Binge eating in the bariatric surgery population: a review of the literature. *Int J Eat Disord.* mai 2007;40(4):349-59.
25. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Syst Rev.* 18 avr 2005;(2):CD003818.
26. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte : Interventions initiales- Réinterventions. Recommandations pour la pratique clinique, argumentaire. Janvier 2009
27. Ziegler O, Bertin E, Jouret B, Calvar R, Sanguignol F, Avignon A, et al. Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse, Référentiel et organisation : Rapport à la Direction générale de la santé et à la Direction générale de l'offre de soins, 4 octobre 2014. *Médecine Mal Métaboliques.* 1 juin 2015;9(4):423-46.
28. Denetiere S, Berkhout B, Bouchez T, Cadwallader JS, Romon M. P041 Prise en charge du patient obèse dans le Nord-Pas-de-Calais. Fonctionnement de la triangulation entre le patient, le médecin généraliste et le réseau OSEAN. *Nutr Clin Metab.* 2011; Supplement 2(25):S72-3. [www.reseaupreval.org](http://www.reseaupreval.org)

29. Lamandé J-P, Alexis A, Roy E, Raison J. Réseau de santé obésité : organisation et fonctionnement du réseau ROMDES (Réseau Obésité Multidisciplinaire des départements de l'Essonne et de Seine-et-Marne). 2008. Médecine des maladies métaboliques Vol 1, n°2, p.36-41.
30. Lantieri O, Lacoste C. Les Cadrons solaires. *Enfances Psy*. 1 oct 2005; n°27(2):76-85.
31. Schaaf C, Iannelli A, Gugenheim J. Etat actuel de la chirurgie bariatrique en France : Bariatric Surgery in France : Actual State. *E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*. 2015. 14 (2): 104-1
32. Garner D, C. Wooley S. Confronting the Failure of Behavioral and Dietary Treatments for Obesity. Vol. 11. 1991. p.729
33. Kirschenbaum DS, Fitzgibbon ML. Controversy about the treatment of obesity criticisms or challenges? *Behav Ther*. 1995;26(1):43-68.
34. Douketis JD, Macie C, Thabane L, Williamson DF. Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: clinical significance and applicability to clinical practice. *Int J Obes* 2005. oct 2005;29(10):1153-67.
35. Sjöström L, Lindroos A-K, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, et al. Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 Years after Bariatric Surgery. *N Engl J Med*. 23 déc 2004;351(26):2683-93.
36. Pories WJ, MacDonald KG. The surgical treatment of morbid obesity. *Curr Opin Gen Surg*. 1993;195-205.
37. Sugerman HJ, Kellum JM, Engle KM, Wolfe L, Starkey JV, Birkenhauer R, et al. Gastric bypass for treating severe obesity. *Am J Clin Nutr*. 2 janv 1992;55(2):560S-566S.
38. Torquati A, Lutfi RE, Richards WO. Predictors of early quality-of-life improvement after laparoscopic gastric bypass surgery. *Am J Surg*. avr 2007;193(4):471-5.
39. Thonney B, Pataky Z, Badel S, Bobbioni-Harsch E, Golay A. The relationship between weight loss and psychosocial functioning among bariatric surgery patients. *Am J Surg*. févr 2010;199(2):183-8.
40. Hawke A, O'Brien P, Watts JM, Hall J, Dunstan RE, Walsh JF, et al. Psychosocial and physical activity changes after gastric restrictive procedures for morbid obesity. *Aust N Z J Surg*. oct 1990;60(10):755-8.
41. Rabner JG, Greenstein RJ. Obesity surgery: expectation and reality. *Int J Obes*. déc 1991;15(12):841-5.
42. 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.

43. Esposito K, Giugliano D. Obesity, the metabolic syndrome, and sexual dysfunction. *Int J Impot Res.* oct 2005;17(5):391-8.
44. Hafner RJ, Watts JM, Rogers J. Quality of life after gastric bypass for morbid obesity. *Int J Obes.* août 1991;15(8):555-60.
45. Rand CS, Kuldau JM, Robbins L. Surgery for obesity and marriage quality. *JAMA.* 12 mars 1982;247(10):1419-22.
46. Clerici M, Papa R, Basile R, Invernizzi G. [The experience of the corporal self and the Rorschach test in severe obesity under medical-surgical treatment]. *Ann Med Psychol (Paris).* mai 1990;148(5):483-94.
47. Marsden E, Michel A, Mormont C. Study of the Impact of a Gastroplasty on the Self-Image Through the Rorschach. Vol. 23. 1999. 43 p.
48. Foster GD, Wadden TA, Vogt RA. Body image in obese women before, during, and after weight loss treatment. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* mai 1997;16(3):226-9.
49. Marsden E, Michel A, Mormont C. Study of the impact of a gastroplasty on the self-image through the Rorschach. *Rorschachiana.* 1999. XXIII/ 43-575
50. Lighezzolo J, Blanchouin C. Gastroplastie et modifications corporelles : réflexion psychodynamique. *Inf Psychiatr.* 1 nov 2004;80(9):745-52.
51. Wadden TA, Sarwer DB, Womble LG, Foster GD, McGuckin BG, Schimmel A. Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surg Clin North Am.* oct 2001;81(5):1001-24.
52. Hsu LK, Benotti PN, Dwyer J, Roberts SB, Saltzman E, Shikora S, et al. Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosom Med.* juin 1998;60(3):338-46.
53. Powers P-S, Boyd F, Blair R-C, Stevens B, Rosemurgy A. Psychiatric Issues in Bariatric Surgery. *Obes Surg.* nov 1992;2(4):315-25.
54. 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. *Annales médico-psychologiques.* Novembre 2014. Volume 172, n°9, p.721-726
55. 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.* 23 août 2007;357(8):753-61.
56. 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.* nov 2010;123(11):1036-42.
57. Pouchard L, Jésus P, Fayemendy P, Desport JC. Évaluation par les patients de la prise en charge (PEC) de leur obésité en médecine générale et suggestions d'amélioration. *Nutr Clin Metab.* 2014; Supplement 1(28):S139.

58. Goodman A. Addiction: definition and implications. *Br J Addict.* nov 1990;85(11):1403-8.
59. Lejoyeux M. *Addictologie.* Elsevier/Masson; 2008.
60. Ahmed SH. Sucres, addiction et obésité. *Obésité.* 1 mars 2012; 7(1):3-9.
61. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm) Dossier Addictions. 2014. <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/addictions>
62. Wang GJ, Volkow ND, Logan J, Pappas NR, Wong CT, Zhu W, et al. Brain dopamine and obesity. *Lancet Lond Engl.* 3 févr 2001;357(9253):354-7.
63. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Tomasi D, Baler R. Food and drug reward: overlapping circuits in human obesity and addiction. *Curr Top Behav Neurosci.* 2012;11:1-24.
64. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite.* avr 2009;52(2):430-6.
65. Gearhardt AN, Yokum S, Orr PT, Stice E, Corbin WR, Brownell KD. Neural correlates of food addiction. *Arch Gen Psychiatry.* août 2011;68(8):808-16.
66. Avena NM, Rada P, Hoebel BG. Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neurosci Biobehav Rev.* 2008;32(1):20-39.
67. Lenoir M, Serre F, Cantin L, Ahmed SH. Intense sweetness surpasses cocaine reward.. 1 août 2007. *Arch Gen Psychiatry,* 68(8): 808-816.
68. McDougall J. L'économie psychique de l'addiction. *Rev Fr Psychanal.* 2004;68(2):511-27.
69. Pedinielli J-L, Bonnet A. Apport de la psychanalyse à la question de l'Addiction, Abstract. *Psychotropes.* 20 janv 2009;14(3):41-54.
70. Corcos M. Approche psychosomatique des conduites addictives alimentaires. *Dialogue.* 1 sept 2006;no 169(3):97-109.
71. Bonnet A, Pedinielli J-L. Processus et subjectivité dans l'addiction. *Psychologie Française.* Décembre 2010. Volume 55, n°4, p. 325-339.
72. Blondel M-P. Objet transitionnel et autres objets d'addiction. *Rev Fr Psychanal.* 2004;68(2):459-67.
73. Winnicott DW. *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Payot. 1989. (Science de l'homme Payot).
74. Waysfeld B. Troubles des conduites alimentaires et addiction. *Obésité.* 1 mars 2012;7(1):36-41.



75. Doba K, Nandrino J-L. Existe-t-il une typologie familiale dans les pathologies addictives ? Revue critique de la littérature sur les familles d'adolescents présentant des troubles alimentaires ou des conduites de dépendance aux substances. *Psychol Fr.* déc 2010;55(4):355-71.
76. Bader M, Mazet P, Pierrehumbert B, Plancherel B, Halfon O. Composantes transgénérationnelles dans les toxicomanies et les troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. *Psychiatr Enfant.* 47(2):393-441.
77. Grangeard C. Obésité mentale ? *Clin Lacanienne.* 6 mai 2008;(13):129-46.
78. Schwailbold M-A, Cuynet P, Rosier L. Corps et spécificités des mécanismes de défense. de la famille obèse. *Rev Psychothérapie Psychanal Groupe.* 17 mai 2016;(66):197-210.
79. Sanahuja A, Schwailbold M-A, Hamel-Billot C, Cuynet P. Le corps-symptôme comme révélateur d'une fragilité identitaire familiale. *Rev Psychothérapie Psychanal Groupe.* 19 mai 2015;(64):113-25.
80. Cuynet P, Sanahuja A, Bernard A. Le corps obèse, sémaphore de la souffrance familiale. *Dialogue.* 26 oct 2012;(197):43-55.
81. Sanahuja A, Cuynet P. Penser le corporel dans la famille. L'obésité paradigme de la limite. *Rev AIPCF.* 2012;(11):8-24.
82. Dumet N. J'engloutis, je vis, je suis. De l'hyperphagie à la subjectivation. *Cah Psychol Clin.* 1 mars 2006;(26):69-83.
83. Sanahuja A, Belot R-A. Défaillance de la relation à l'objet primaire et altération de l'enveloppe psychique chez l'adolescente obèse. *L'évolution Psychiatr.* oct 2013;78(4):653-67.
84. Sanahuja A, Cuynet P, Mariage A. Réaménagement de l'enveloppe psychique chez l'adolescente obèse, pendant sa perte de poids. *Bull Psychol.* 6 juin 2012; n°518(2):159-80.
85. Neumark-Sztainer D. Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents: What Can Health Care Providers Do? *J Adolesc Health.* 1 mars 2009;44(3):206-13.
86. Neumark-Sztainer D. Higher Weight Status and Restrictive Eating Disorders: An Overlooked Concern. *J Adolesc Health.* janv 2015;56(1):1-2.
87. Volery M. L'avenir : intégrer la prévention des troubles du comportement alimentaire dans la prévention de l'obésité. *GREA- Group Romand Etudes Addict.* :2017.
88. Bertin E. Prise en charge de l'obésité en pratique par le médecin. *Vol. 68.* 2007. 422–429 p.

89. Corcos M. Le contrat de soins dans le traitement hospitalier de l'anorexie mentale : séparation-réappropriation-subjectivation, Abstract, Resumen. *Adolescence*. 2006;no 56(2):385-404.
90. Jamrozik K. Population strategies to prevent smoking. *BMJ*. 27 mars 2004;328(7442):759-62.
91. Sanahuja A, Belot R-A. Le processus de séparation-individuation à l'adolescence à l'épreuve de l'obésité. *Clinique de l'hyper-oralité. Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. Avril 2016
92. Sanahuja A, Cuynet P, Bernard A. Pôle isomorphe familial et processus de différenciation chez l'adolescent obèse en perte de poids. *Dialogue*. 13 août 2013;(201):107-20.
93. Bertrand I and al. Intérêt de l'enrichissement des perceptions corporelles dans l'obésité sévère et massive. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. December 2014. Vol. 18, supplément 1, p.S83
94. Sanahuja M de la A. Maigrir sans mourir à l'adolescence. *J Psychol*. 1 déc 2010;(280):54-8.
95. Guardia D, Rolland B, Karila L, Cottencin O. GABAergic and glutamatergic modulation in binge eating: therapeutic approach. *Curr Pharm Des*. 2011;17(14):1396-409.
96. Rosenstein DS, Horowitz HA. Adolescent attachment and psychopathology. *J Consult Clin Psychol*. avr 1996;64(2):244-53.
97. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, et al. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*. févr 1996;64(1):22-31.
98. Bocquier A, Paraponaris A, Gourheux J-C, Lussault P-Y, Basdevant A, Verger P. La prise en charge de l'obésité : Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA ; résultats d'une enquête téléphonique. *La Presse Médicale*. June 2005. Vol. 34, Issue 11, p.769-775

# Annexes

## Annexe 1 : Classification de l'obésité dans la CIM-10 (3)

### CIM 10

#### Classification CIM 10

### E00-E90

#### Chapitre IV Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

### O00-O99

Chapitre XV Grossesse, accouchement et puerpéralité

### P70-P74

Anomalies endocriniennes et métaboliques transitoires spécifiques du fœtus et du nouveau-né

### R00-R99

Chapitre XVIII Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs

### E65-E68

#### Obésité et autres excès d'apport

### **E66**

#### **Obésité**

### E

Autres anomalies de l'hypophyse

### 23.6

### E

Lipomatose, non classée ailleurs

### 88.2

### Q

Syndromes congénitaux malformatifs associés principalement à une petite taille

[87.1](#)

[E](#) Obésité due à un excès calorique

[66.0](#)

[E](#) Obésité médicamenteuse

[66.1](#)

[E](#) Obésité extrême avec hypoventilation alvéolaire

[66.2](#)

[E](#) Autres obésités

[66.8](#)

[E](#) Obésité, sans précision

[66.9](#)

**Annexe 2** : Critères diagnostiques de l'hyperphagie boulimique (Binge Eating Disorder) dans le DSM-V (4) : «

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

B. Les crises sont associées à au moins 3 des critères suivants :

- 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

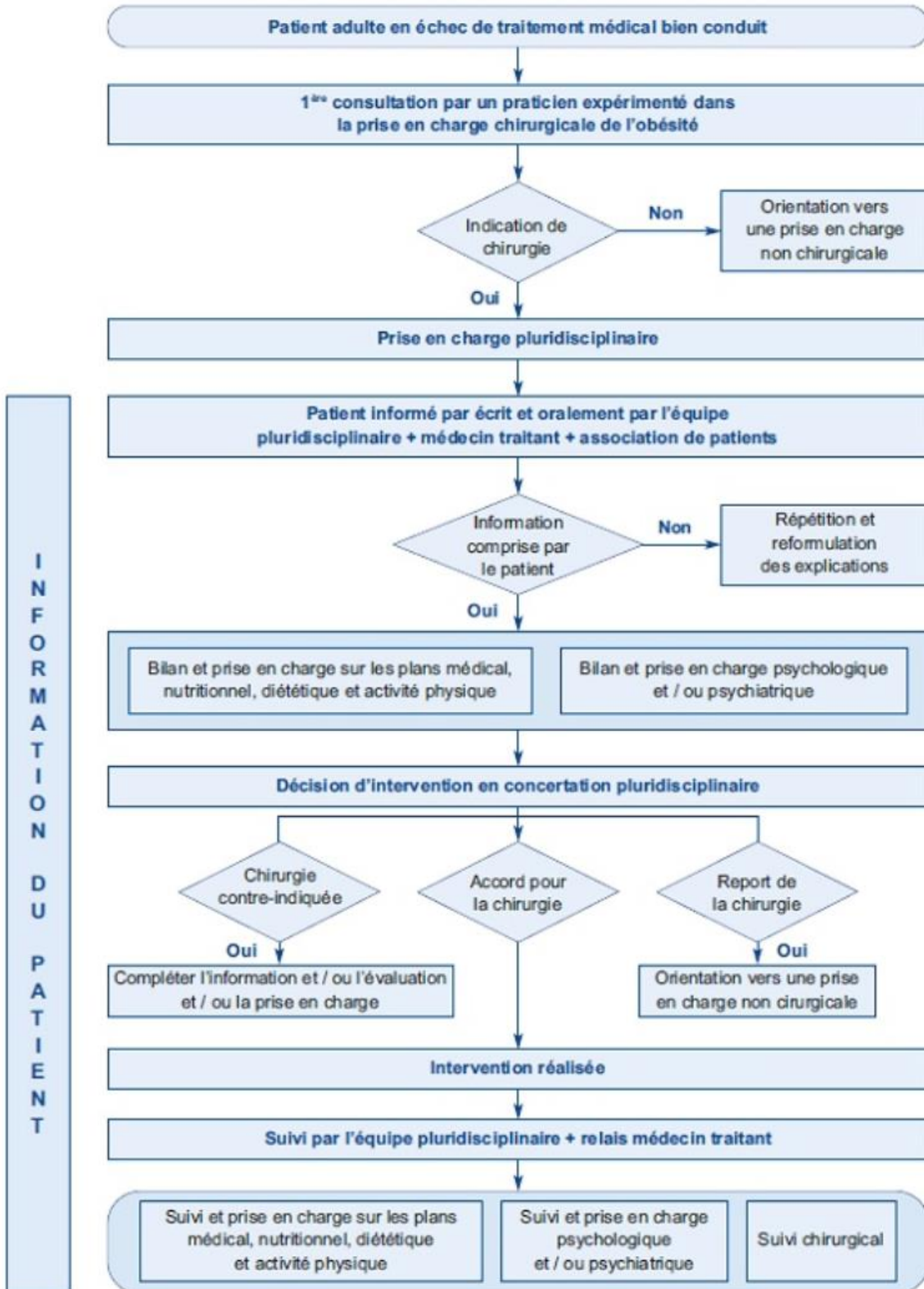
- Après les crises, ressent dégoût de soi, dépression ou grande culpabilité

C. Comportement boulimique source de souffrance marquée.

D. Comportement boulimique au moins 1 x / 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. »

**Annexe 3** : Parcours de soins du patient candidat à la chirurgie bariatrique d'après l'HAS (26)



**Annexe 4 :** Classification des troubles du comportement alimentaire dans la CIM-10 (3)**CIM 10****Classification CIM 10****F00-F99****Chapitre V Troubles mentaux et du comportement**

- troubles du développement psychologique

**R00-R99**

Chapitre XVIII Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs

**F50-F59**

**Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques**

**F50 Troubles de l'alimentation**

F Trouble de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant

98.2

R Anorexie

63.0

R Polyphagie

63.2

R Difficultés nutritionnelles et nutrition inadaptée

63.3

F Anorexie mentale

50.0

<a href="#">F</a>	Anorexie mentale atypique
<a href="#">50.1</a>	
<a href="#">F</a>	Boulimie (bulimia nervosa)
<a href="#">50.2</a>	
<a href="#">F</a>	Boulimie atypique
<a href="#">50.3</a>	
<a href="#">F</a>	Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques
<a href="#">50.4</a>	
<a href="#">F</a>	Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques
<a href="#">50.5</a>	
<a href="#">F</a>	Autres troubles de l'alimentation
<a href="#">50.8</a>	
<a href="#">F</a>	Trouble de l'alimentation, sans précision
<a href="#">50.9</a>	





**AUTEUR : Nom :** DIERS

**Prénom :** MARION

**Date de Soutenance :** Vendredi 20 octobre 2017

**Titre de la Thèse :** L'addictologie peut-elle apporter un autre regard sur l'obésité ?

**Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement :** Psychiatrie

**DES + spécialité :** Psychiatrie

**Mots-clés :** Obésité - Addiction - Hyperphagie - Économie psychique - Circuit de la récompense

**Résumé :**

Aujourd'hui, la plupart des rencontres entre un psychiatre et un patient présentant une obésité se limite à deux circonstances distinctes : en amont du dispositif de chirurgie bariatrique dans un contexte ponctuel d'évaluation, et en aval de cette prise en charge lorsque celle-ci est contre indiquée ou inefficace. Dans le premier cas le psychiatre est cantonné à une position d'expert, et dans le second il peut être confronté à ses propres limites en termes de connaissances et d'outils thérapeutiques. Ce constat nous a ainsi poussés à mener une réflexion sur la place du psychiatre dans la prise en charge de ces patients en grande souffrance.

Une revue de la littérature montre que l'obésité est en constante augmentation et concernerait actuellement 15% de la population adulte en France. Devant l'importance des complications somatiques et de la mortalité, la prise en charge se concentre sur les problématiques pondérales et somatiques. Cependant, malgré le développement de nouvelles perspectives de soins, comme la chirurgie bariatrique, les résultats restent mitigés.

Une réflexion autour de l'identité des patients résistants à cette prise en charge amène alors à questionner l'intérêt de distinguer différentes formes d'obésités plutôt que de les englober sous une appellation unique et symptomatique. En particulier, cette sous-population de patients questionne sur son rapport à la nourriture et surtout à la limite, faisant ainsi écho aux problématiques addictives.

A travers diverses approches (clinique, neurobiologique et psychopathologique) nous proposons alors une grille de lecture addictologique de l'obésité, en détaillant comment la nourriture assure une fonction d'économie psychique, tout en s'appuyant sur des fondements neuro-anatomiques propres aux addictions. Si l'on ne peut pas considérer l'obésité dans sa globalité comme une addiction, certains comportements alimentaires à l'origine de celle-ci semblent donc s'intégrer dans une problématique addictive.

L'addictologie permet ainsi de porter un autre regard sur la question du surpoids, menant nos réflexions d'une conception centrée sur un *symptôme* somatique monolithique - l'obésité - à une conception centrée sur un *comportement* subjectif – l'hyperphagie. Ce glissement conceptuel permet d'envisager des perspectives pratiques (en termes de formation, prévention et prise en charge), dans lesquelles le psychiatre a sans conteste un rôle à jouer au sein de dispositifs pluridisciplinaires.

**Composition du Jury :**

**Président :** Professeur O. Cottencin

**Assesseurs :** Professeur P. Thomas, Professeur G. Vaiva, Professeur V. Dodin, Docteur P. Chambaud