Obésité, chirurgie bariatrique et crise suicidaire - réflexion autour de deux cas -

Diplôme Inter-Universitaire « Étude et prise en charge des conduites suicidaires » année 2010-2011

Gaël FOURNIS

Interne DES de psychiatrie au CHU d'Angers 1^{ère} année

Directeur de mémoire : Dr Bénédicte Gohier

PLAN DU MÉMOIRE

Résumé

Introduction

- 1. Suicide, tentative de suicide et crise suicidaire
- 2. Obésité, qualité de vie et suicide
- 3. Le Bypass gastrique
- 4. L'entretien psychiatrique pré-chirurgical
- 5. Le suivi psychiatrique postopératoire
- 6. Qualité de vie et santé mentale après un bypass gastrique
- 7. Tentatives de suicide et suicides après bypass gastrique
- 8. Cas cliniques
 - a. Premier cas: Madame Q
 - b. Second cas: Madame C
- 9. Réflexion sur les cas

Conclusion

Bibliographie

Annexes

<u>Résumé</u>

Ce mémoire se base sur deux cas cliniques, deux femmes rencontrées en hospitalisation au décours d'une tentative de suicide. Leurs histoires mettent en exergue les difficultés rencontrées par les sujets obèses puis dans la prise en charge chirurgicale de l'obésité morbide, et les complications liées non seulement au surpoids, mais également à la chirurgie bariatrique.

Le but est ainsi de mettre en évidence des éléments pour comprendre combien et comment l'obésité comme son traitement chirurgical pourraient influencer la santé mentale des patients et avoir un impact sur le risque suicidaire et le taux de suicide de la population obèse d'une part et de la population opérée par bypass gastrique d'autre part.

Le taux de suicide après la prise en charge de l'obésité est majoré, et si la littérature est prolixe sur la qualité de vie après bypass, elle l'est beaucoup moins sur les causes de suicides postopératoires ; seules quelques pistes nous permettent de réfléchir et d'émettre quelques hypothèses : le suicide pourrait être directement imputable au bypass ou à ses effets secondaires (complications chirurgicales, carences , contraintes du mode de vie) ; dans certains cas, l'échec de la prise en charge, ou un effet inférieur à celui escompté pourrait amener les sujets obèses à passer à l'acte ; ou encore, ce désir de mort pourrait être simplement inhérent au candidat à la chirurgie . Les idées exposées jusqu'ici par la littérature sont nombreuses mais aucune ne peut expliquer à elle seule cette surmortalité évitable.

Ce constat soulève en effet de nombreuses questions quant à la prise en charge des candidats au bypass gastrique : Faut-il revoir les critères d'inclusion ? Est-il possible de déterminer, en préopératoire, de façon plus précise les capacités de compliance du patient ? Faut-il rendre le suivi psychiatrique obligatoire après l'intervention ?

À travers ces deux cas cliniques et une revue de la littérature actuelle sur le sujet, nous essaierons donc de comprendre le lien complexe qui existe entre obésité, bypass, et suicide.

Introduction

Le suicide est une cause fréquente de décès, un problème de santé publique tragique et potentiellement évitable ; certaines populations sont plus à risque, c'est le cas des sujets obèses et des candidats à la chirurgie bariatrique, aussi bien avant qu'après l'intervention.

L'obésité est également un problème de santé publique, par sa fréquence et sa gravité; ses conséquences sur la qualité de vie et l'estime de soi sont des facteurs de risque majeurs de suicide.

Compte tenu des comorbidités ainsi que des conséquences sociales et psychologiques de cette pathologie, l'Organisation Mondiale de la Santé recommande une prise en charge multidisciplinaire de l'obésité. Ainsi le patient prend contact avec les différents intervenants: chirurgien, anesthésiste, nutritionniste, psychiatre, endocrinologue, avant que la décision d'opérer soit prise. Les candidats au bypass seront ensuite suivis à vie, la compliance du patient apparaît comme un facteur de réussite et de maintien sur long terme des bénéfices de la chirurgie, tant sur le plan pondéral que sur le plan psychologique.

Le nombre croissant de prises en charge chirurgicales de l'obésité morbide induit un intérêt grandissant pour les conséquences à court, moyen et long terme de l'intervention, notamment l'impact sur la survie des patients, qui est clairement transformée toutes causes confondues, malgré une surmortalité en partie énigmatique par accidents et suicides.

Il existe en effet un paradoxe du fait de l'existence d'un excès de suicides dans la population obèse opérée par bypass, en dépit d'une amélioration franche de la qualité de vie, des comorbidités et de l'activité sociale des patients après l'intervention.

I. Suicide, tentative de suicide et crise suicidaire

Le suicide est un acte délibéré, accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale. Il s'agit de l'une des dix premières causes de décès dans de nombreux pays du monde; en France, en 2008, selon l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), il s'agit de la sixième cause avec une part de 1,9% de la mortalité¹. Réduire la surmortalité évitable due au suicide est un objectif primordial de la santé nationale et internationale.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la tentative de suicide (TS) est une conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir, elle définit 3 populations distinctes: Les sujets *suicidés* qui se sont volontairement donné la mort, les sujets *suicidants* qui ont réalisé une TS, et les sujets *suicidaires* qui ont des idées ou expriment des menaces de suicide.

Ces 50 dernières années, le taux de suicide a augmenté d'une manière phénoménale entre 1970 et 1985 avant de se stabiliser pendant une dizaine d'années puis de décroitre à partir de 95, particulièrement chez les personnes âgées et les jeunes adultes; le taux de suicide en France reste parmi les plus élevés, sachant qu'ils est vraisemblablement sous estimé, certaines causes identifiées comme accidentelles entrant probablement dans le cadre d'une crise suicidaire.

La crise suicidaire est identifiée par l'OMS comme une crise psychique dont le risque majeur est le suicide, un « état d'insuffisance des moyens de défense et de vulnérabilité », cette crise est réversible et temporaire.

Il s'agit d'un moment dans la vie d'une personne, où celle-ci se sent dans une impasse et est confrontée à des idées suicidaires de plus en plus envahissantes ; le sujet va épuiser progressivement ses ressources adaptatives, psychologiques et comportementales et envisager, progressivement, par le biais de distorsions cognitives, le suicide comme seule possibilité de réponse aux difficultés qu'il rencontre et éprouve.

Rihmer (en 1996) a proposé de classer les facteurs de risque de suicide en trois catégories, auxquelles s'ajoutent les facteurs de vulnérabilité, les facteurs précipitant, ils

sont à mettre en balance avec les facteurs de protection :

- Les *facteurs primaires* ont une valeur d'alerte importante et peuvent être influencés fortement par les thérapeutiques : les troubles psychiatriques, les antécédents familiaux et personnels de suicide et tentatives de suicide, la communication à autrui d'une intention suicidaire, l'existence d'une impulsivité, facilitant le risque de passage à l'acte.
- Les *facteurs secondaires* ont une valeur prédictive faible en l'absence de facteurs primaires. Ils ne sont que faiblement modifiables par les thérapeutiques: les pertes parentales précoces, l'isolement social, le chômage ou l'existence d'importants facteurs financiers, les "événements de vie" négatifs sévères.
- Les *facteurs de risque tertiaires* n'ont pas de valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires et secondaires et ne peuvent être modifiés : l'appartenance au sexe masculin, l'âge, certaines périodes de vulnérabilité.
- Les *facteurs de vulnérabilité* sont des éléments majorant les facteurs de risque précédemment décrits et pouvant contribuer à favoriser un passage à l'acte suicidaire.
- Les *facteurs précipitant* sont des circonstances précédant de peu le passage à l'acte ou déterminantes dans la crise suicidaire.
- Les *facteurs de protection* sont dans la majeure partie des cas des facteurs psychosociaux tels un soutien familial et social de bonne qualité, les enfants.

Les facteurs de risque sociaux et psychologiques tels que le statut matrimonial, l'isolement social, l'absence d'emploi ou de revenus suffisants, un environnement familial et relationnel hostile ou perçu comme tel, sont très présents dans la population obèse; ces mêmes paramètres sont brutalement modifiés après la perte massive de poids, faisant perdre ses repères au patient opéré. Il s'agit par ailleurs de populations dans lesquelles on retrouve fréquemment des facteurs de vulnérabilité, évoqués plus haut.

La prise en charge des patients suicidants comprend l'approche et l'interrogation du sujet en crise suicidaire, l'identification des facteurs précipitant et de protection, la distinction entre crise psychosociale et la crise en rapport avec un trouble mental, et enfin l'intervention avant la mise en place du traitement et du suivi.

Comme pour toute crise suicidaire, il est indispensable de mettre en œuvre des mesures de prévention, mais elles impliquent avant tout un suivi régulier, avant comme après l'intervention; il s'agit du repérage de la crise suicidaire et de l'intervention lors de cette crise, de la prise en charge des suicidants, de l'amélioration du diagnostic et du traitement des troubles mentaux, particulièrement la dépression, très présente dans la population obèse féminine, et de la surveillance stricte des sujets à risque.

II. Obésité, qualité de vie et suicide

En 2009, 31,9% des français adultes étaient en surpoids (25< IMC< 30 kg/m2) et 14,5% étaient obèses (IMC>30 kg/m2) avec un IMC (Indice de Masse Corporelle) moyen de 25,3 kg/m2².

La prévalence de l'obésité était plus élevée chez les femmes (15,1% contre 13,9% pour les hommes); elle touche surtout les catégories socioprofessionnelles les plus basses³. Était mise en exergue une augmentation de la prévalence de l'obésité (Figure 1) dans toutes les catégories socioprofessionnelles mais à des vitesses inégales ; la prévalence de l'obésité restait inversement proportionnelle au niveau d'instruction.

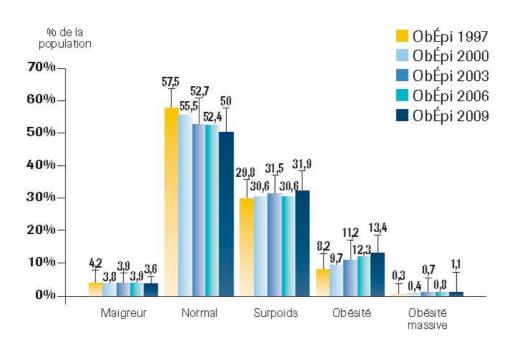


Figure 1. Répartition de la population en fonction de son niveau d'IMC depuis 1997

Plusieurs études ont mis en évidence un lien entre l'obésité et un taux de mortalité supérieur, avec un risque accru pour les sujets ayant une obésité de stade II ou III (respectivement IMC> 35 et IMC> 40 kg/m2); en effet, l'obésité morbide est associée à une mortalité augmentée, essentiellement par le biais de ses comorbidités, notamment les complications cardiovasculaires, le diabète non insulinodépendant et certains cancers.

Les premières études évaluant les comorbidités psychiatriques chez les candidats à la chirurgie bariatrique remontent à une trentaine d'années : Hopkins et Bland ont retrouvé une prévalence importante de syndromes dépressifs chez les candidates au bypass gastrique⁴.

Ces dernières années, de nombreux chercheurs se sont intéressés à la population obèse et quasiment toutes les études ont révélé des taux élevés de troubles thymiques et/ou anxieux au sein de leur cohorte par rapport à la population générale^{5,6,7}, particulièrement chez les femmes. Par ailleurs, la prévalence des troubles psychiatriques semble augmenter avec la sévérité de l'obésité.

Les antécédents d'ordre psychiatrique sont présents chez la grande majorité des candidats à la chirurgie bariatrique^{8, 9}, les chiffres sont cependant variables d'une étude à l'autre, mais avec dans tous les cas une large prépondérance de quatre types de pathologie (Tableau 1):

- Les troubles thymiques (54,8%)
- Les troubles du comportement alimentaire (TCA) (50%)
- Les troubles anxieux (21,2%)
- L'abus de substance (15,1%)

Comparison across studies: rates of psychiatric disorders lifetime (current)

Psychiatric diagnosis	Erlangen study (N=146)	Kalarchian et al. [24] (2007) (<i>N</i> =288)	Rosenberger et al. [25] (2006) (<i>N</i> =174)	Mauri ^a et al. [26] (2008) (<i>N</i> =255)	
Any psychiatric disorder	72.6% (55.5%)	66.3% (37.8%)	36.8% (24.1%) ^b	38.0% (22.0%)	
Any affective disorder	54.8% (31.5%)	45.5% (10.4%)	22.4% (10.9%)	22.0% (6.7%)	
Any anxiety disorder	21.2% (15.1%)	37.5% (5.9%)	15.5% (11.5%)	18.0% (12.9%)	
Any substance use disorder	15.1% (1.4%)	32.6% (1.7%)	5.2% (0.6%)	1.2% (-)	
Any somatoform disorder	3.4% (3.4%)	?	0%	?	
Any eating disorder	50.0% (37.7%)	29.5% (16.3%)°	13.8% (10.3%)	13.3 (7.1%)°	

^a Prevalence rates recalculated — patients with BMI ≥35; patients with BMI 30-34.9 were excluded.

<u>Tableau 1. Comparaison dans différentes études de la prévalence des antécédents de troubles psychiatriques (les pourcentages entre parenthèses correspondent au troubles présents au moment de l'entretien)</u>

b Including adjustment disorder (n=2; 1.1%).

[°] Without EDNOS.

On notera par ailleurs une corrélation entre l'existence d'antécédents de troubles du comportement alimentaire et l'existence d'une comorbidité de l'axe I du DSM IV^{10,11}; or l'étude de Herpertz en 2004 révélait que 39% à 46% des obèses souffrent de boulimie (type Binge-Eating Discorder)¹².

On remarque, en outre, que quelque soit le pays, quelque soit l'étude, la prévalence des antécédents et pathologies actuelles de l'Axe I chez les candidats à la chirurgie bariatrique est supérieure à celle dans la population générale, particulièrement les troubles thymiques et anxieux.

Aussi, pour Onyike et Crum¹³, les personnes souffrant d'obésité morbide sont cinq fois plus susceptibles d'avoir eu un épisode dépressif majeur (EDM) dans l'année passée. La raison de cette complication reste inconnue, l'hypothèse la plus probable est celle de la conséquence sociale de l'obésité, la discrimination, le préjudice du poids et les douleurs somatiques induites (lombalgies, gonalgies).

En effet, aux comorbidités somatiques et aux complications psychiatriques de l'obésité s'ajoute une profonde détresse psychosociale. Heureusement, la majorité des personnes obèses ont un fonctionnement social normal mais la prévalence des troubles psycho-sociaux est plus importante que dans la population générale¹⁴. Une revue de la littérature par Wadden⁸ pointe qu'une minorité non négligeable souffre de dépression, binge eating, traumatismes et complications émotionnelles, qui devront être pris en charge avant et après l'intervention chirurgicale.

Avant tout, les personnes obèses sont victimes de discrimination, une étude de Staffieri¹⁵ montre que les enfants avec une silhouette épaisse sont qualifiés de « fainéants », « sales », « stupides », « hideux » ou encore « tricheurs », « menteurs », pendant que les adolescents obèses se plaignent d'être humiliés par des réflexions désobligeantes et d'être les cibles de moqueries¹⁶. Dans la même veine, les étudiants préfèreraient épouser un dealer, un voleur ou un aveugle plutôt qu'un obèse¹⁷; d'une manière plus générale, la population obèse suscite moins d'empathie, est plus sujette aux absences en cours ou aux arrêts de travail, sont moins susceptibles de se marier et ont des revenus inférieurs par rapport à la population générale.

Cette discrimination est à l'origine de complications psychosociales, ayant des répercussions sur l'humeur, la qualité de vie, l'image corporelle. Cargill et Clark¹⁸ expliquent que l'obèse se dénigre (70% selon Halmi et ses collègues qui partagent cette notion), se considérant fréquemment comme hideux et détestable, l'image qu'il a de son corps est donc plus qu'insatisfaisante. En découlent un effondrement de l'estime de soi, une tendance au repli, des difficultés à affronter le regard des autres, et un sentiment profond de honte.

De plus, la qualité de vie est largement grevée par le surpoids; ce constat est révélé par l'évaluation de la qualité de vie grâce à des échelles comme la Medical butomes Survey Short Form (SF36) et la IWQoL pour Impact of Weight on Quality of Life. Ces évaluations tendent à démontrer que les personnes souffrant d'obésité morbide portent un énorme fardeau psychosocial et ont des difficultés à obtenir une instruction et une formation professionnelle de qualité, ou un emploi. Sont aussi fréquemment retrouvés des douleurs somatiques plus sévères et invalidantes, un essoufflement, une autodépréciation du rôle social et professionnel ainsi qu'une aptitude physique inférieure¹⁹.

Enfin, Carpenter²⁰ a montré qu'un IMC élevé était associé à un risque accru d'idéation suicidaire chez la femme; peu de temps après, l'étude de Dong²¹ révélait que le risque de faire une tentative de suicide pour une personne avec un IMC entre 40 et 49,9 kg/m2 est 87% plus élevé que dans la population générale; ce risque est augmenté de 122% pour celles ayant un IMC> 50 kg/m2. De la même façon, le risque de suicide est majoré chez les femmes pour des raisons inconnues²²; il est cependant identique, voire inversement proportionnel à l'IMC²⁰, chez l'homme; les professionnels de santé devraient donc être particulièrement attentifs à l'épisode dépressif majeur, les tentatives de suicide et les idéations suicidaires des femmes obèses.

Les traitements pharmacologiques et la modification du mode de vie ne permettent qu'une perte de poids entre 5 et 10%, de plus, seuls 10% parmi les sujets obèses morbides traités maintiennent leur perte de poids plus de trois ans. La chirurgie bariatrique est donc le seul moyen, à ce jour, permettant d'obtenir une perte de poids

suffisamment importante et soutenue pour avoir des répercussions positives sur la qualité de vie et la mortalité à long terme des sujets souffrant d'obésité morbide.

III. Le By-pass gastrique

La bypass gastrique Roux-en-Y est considéré comme le gold standard de la chirurgie pour la perte pondérale²³. Dans le cas où l'option chirurgicale est retenue et l'indication posée en staff pluridisciplinaire, l'intervention est programmée avec le patient.

La prise en charge chirurgicale de l'obésité s'adresse, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (Annexe 1), aux patients obèses morbides, correspondant au grade III de la classification de l'International Obesity Task Force (IOTF), soit un IMC > 40 kg/m2, ou les patients avec une obésité de grade II (35<IMC<40) associée à au moins une comorbidité (HTA, SAHOS ou autre troubles respiratoire sévère, désordre métabolique sévère dont DNID, maladie ostéo-articulaire invalidante, stéatopathie non alcoolique) susceptible d'être améliorée après la chirurgie. Elle est posée en seconde intention, après échec (absence de perte de poids suffisante ou absence de maintien de la perte de poids) d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6 à 12 mois; chez un patient bien informé, ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoires pluridisciplinaires, qui est à même de comprendre et d'accepter la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à vie. A noter que l'intervention chirurgicale peut être proposée en première intention chez les super obèses (IMC>50 kg/m2).

Il existe deux grands types d'intervention:

- Celles basées sur une restriction gastrique avec l'anneau gastrique, la gastroplastie verticale calibrée et la gastrectomie longitudinale.
- Celles basées sur une malabsorption intestinale avec la déviation bilio-pancréatique, et la déviation bilio-pancréatique avec switch duodénal.
- Le bypass est considéré comme une combinaison de technique restrictive et de malabsorption.

Le bypass gastrique consiste en une résection jéjuno-iléale plus ou moins étendue (Figure 2); il s'agit d'une technique efficace vis à vis de la perte de poids mais qui entraine des complications métaboliques sévères secondaires à la malabsorption intestinale majeure provoquée par le montage chirurgical. Comme toute opération il existe un risque, d'une part anesthésique, d'autre part lié à l'intervention en elle-même.

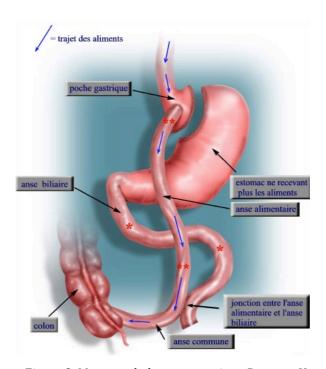


Figure 2. Montage du bypass gastrique Roux-en-Y

La portion distale du jéjunum associée à l'iléon est anastomosée à la poche gastrique (formant l'anse alimentaire) et l'ensemble estomac-duodenum-jejunum (formant l'anse biliaire) est rattaché plus distalement, réalisant une configuration en Y. Dans un premier temps, après avoir exposé l'angle de Treitz est créé à 15-50 cm la division du jéjunum et le segment (alimentaire) de Roux dont on choisira la longueur (entre 75 et 150 cm), puis la poche gastrique est formée (15-20 ml) avant de réaliser la gastro-jéjunostomie puis la jéjuno-jéjunostomie mettant en contact l'anse biliaire et l'anse alimentaire. La partie distale de l'estomac reste donc in situ, fonctionnant indépendamment.

Le bypass gastrique Roux-en-Y est aujourd'hui une technique chirurgicale sûre avec une mortalité opératoire inférieure à 1%²⁴. La morbidité associée à l'intervention comprend²³: les fuites d'anastomose (0,5-5%), les hémorragies gastro-intestinales (0,4-

4%), la thrombose veineuse (<1,3%), l'obstruction intestinale et les hernies (1,1-10,5%), ainsi que les sténoses d'anastomose (2-16%).

Les complications postopératoires précoces et tardives sont essentiellement : intolérance alimentaire avec vomissements, perforation ou érosion gastrique, œsophagite.

Avant et après l'intervention chirurgicale, le patient devra rencontrer plusieurs fois l'ensemble des intervenants dans la prise en charge pluridisciplinaire de son obésité. Les informations données doivent inclure les avantages, les inconvénients et les risques de l'intervention, ainsi que l'importance et la nécessité d'un suivi postopératoire.

IV. L'entretien psychiatrique pré-chirurgical

La haute autorité de santé a publié en 2009 des recommandations pour la prise en charge chirurgicale de l'obésité²⁵ avec le détail du parcours du patient candidat à la chirurgie bariatrique. Cette synthèse conseille, en effet, une prise en charge pluridisciplinaire dans le cadre d'un projet personnalisé pour le patient. La plupart du temps est mis en place un réseau impliquant divers intervenants dont le chirurgien viscéral, l'anesthésiste, l'endocrinologue, le nutritionniste et le psychiatre, que le patient devra rencontrer plusieurs fois avant que son dossier soit présenté en staff multidisciplinaire. C'est dans ce contexte qu'est instaurée une consultation de psychiatrie avant l'intervention chirurgicale, ses objectifs sont multiples :

Premièrement, informer le patient, comme à toutes les étapes de la prise en charge. Informer sur les techniques chirurgicales, sur les modifications du comportement alimentaire et du mode de vie avant et après l'intervention, la nécessité d'un suivi médico-chirurgical à vie, la possibilité de recours à la chirurgie réparatrice après l'intervention. Il sera, par la même occasion, nécessaire d'évaluer les capacités de compréhension et les capacités de compliance du patient²⁶, ainsi que ses soutiens relationnels et familiaux.

Ensuite, évaluer le comportement alimentaire et prendre en charge un potentiel TCA, seront recherchés une anorexie mentale, une boulimie et les troubles non spécifiés (dont une hyperphagie prandiale, un binge eating disorder, un night eating disorder). Il peut être intéressant d'interroger le patient sur ses prises médicamenteuses, à la recherche d'une molécule anorexigène ou satiétogène.

L'équipe de Sallet a remarqué que l'existence de binge eating disorder en préopératoire avait un impact négatif sur la perte de poids après un bypass gastrique de Roux-en-Y, observable la première année, manifeste la deuxième²⁷.

Dépister les comorbidités psychiatriques, pathologies de l'axe I du DSM IV et les troubles de la personnalité. L'évaluation du mode de vie et de l'histoire des patients candidats à la chirurgie bariatrique révèle²⁸ des taux élevés d'antécédents d'abus sexuels et autres traumatismes (25%) des taux de violences subies physiques et verbales supérieurs à la population générale (29% contre 14%), idem pour la fréquence des pertes parentales précoces (50% contre 23%).

Rechercher des pathologies psychiatriques qui pourraient contre-indiquer la prise en charge chirurgicale de l'obésité, sachant que certaines peuvent être temporaires, qui une fois corrigées, permettront de rediscuter l'indication à la chirurgie^{29,30}:

- Troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire
- Dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives licites et illicites
- Troubles cognitifs ou mentaux sévères
- Incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé
- Psychoses chroniques, troubles bipolaires et EDM sévères non traités ou non stabilisés
- Absence de consentement éclairé (retard mental)

L'entretien doit aborder, en plus des questions habituelles, l'histoire pondérale et celle de l'alimentation, les tentatives précédentes de perte de poids, les complications de l'obésité, l'image du corps et les attentes du patient vis à vis traitement chirurgical (les

patients s'attendent fréquemment à des pertes de poids non réalistes). Il explorera les habitudes alimentaires, le nombre et le rythme des repas, les lieux et les contextes, les préférences, les contraintes familiales, culturelles ou religieuses.

Wadden propose une évaluation psychiatrique pré-chirurgicale intéressante, résumée par l'acronyme **BEST**⁸ :

- 1) Facteurs **B**iologiques, avec le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC), recherche des comorbidités, enquête sur l'âge de début de l'obésité et les antécédents familiaux.
- 2) Facteurs **E**nvironnementaux, investigation sur les antécédents de régime, la composition et la valeur énergétique du régime alimentaire actuel, recherche d'un binge eating disorder, d'une consommation abusive d'alcool.
- 3) Facteurs **S**ociopsychologiques, antécédents psychiatriques, antécédents d'abus sexuels ou physiques
- 4) Facteurs **T**emporels ou ce qui amène aujourd'hui le patient à cette demande de prise en charge chirurgicale de son obésité; les motivations les plus courantes sont la santé, l'apparence, la qualité de vie, parfois la pression familiale ou amicale.

Il faut, par ailleurs, dépister les facteurs prédictifs d'un échec de la prise en charge chirurgicale et évaluer la motivation du patient pour le traitement et le suivi.

Est associée à la consultation psychiatrique, une évaluation par des échelles psychométriques type MADRS ou Hamilton pour le syndrome dépressif, Tyrer pour les troubles anxieux, BuliT pour les troubles du comportement alimentaire ou SF-36 pour la qualité de vie.

Cette consultation amènera le psychiatre à émettre un avis sur la prise en charge de l'obésité du patient: Soit il n'y a pas de contre-indication à la chirurgie ; soit l'avis est défavorable à l'intervention et sera à confronter au staff pluridisciplinaire ; soit il y a une nécessité de prise en charge psychiatrique avant de réévaluer la demande de chirurgie bariatrique.

V. Le suivi psychiatrique postopératoire

Après l'intervention, la prise en charge n'est pas terminée et comprend un suivi multidisciplinaire à vie, afin de prévenir les complications chirurgicales, nutritionnelles, psychiatriques si nécessaires et de réévaluer régulièrement les bénéfices de l'intervention et la capacité à suivre le mode de vie imposé par le traitement chirurgical.

En effet, le patient devra adapter ses habitus aux contraintes induites, d'une part par la restriction du volume gastrique et, d'autre part, par la malabsorption digestive secondaire au bypass. L'alimentation devra être équilibrée et fractionnée (classiquement 3 repas et 3 collations par jour), avec une supplémentation en vitamines et oligo-éléments (zinc, fer, magnésium), le patient devra retrouver une activité physique régulière.

C'est l'ensemble de ce comportement associé à l'intervention chirurgicale qui permettra une diminution marquée de l'incidence du diabète, de l'hypertension artérielle, de l'hypertriglycéridémie et la nette amélioration de la qualité de vie du patient. Cette amélioration est associée à une modification profonde de l'apparence et de la morphologie, elle peut donc avoir des retentissements importants sur la dynamique familiale et des conséquences psychosociales non négligeables.

Ce suivi psychiatrique n'est pas obligatoire en l'absence d'antécédent psychiatrique, mais sera mis en place à la demande du patient ou de l'un des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire. Il a pour but d'évaluer le retentissement psychologique, social et familial de l'intervention²⁶, ainsi que de déceler et prendre en charge d'éventuelles difficultés ; sera recherchée, à l'occasion, la décompensation d'une pathologie psychiatrique sous-jacente.

On s'intéresse ainsi à :

- La qualité de vie postopératoire,
- L'image corporelle du patient,
- La tolérance par rapport aux effets secondaires de la chirurgie bariatrique

- L'observance du traitement substitutif,
- La compliance au traitement et au mode de vie nouveau,
- L'actuel comportement alimentaire
- La recherche d'éventuelles complications psychopathologiques et psychosociales liées à l'amaigrissement

Si possible l'entretien comprendra la même évaluation par échelles psychométriques que la consultation précédant l'opération : MADRS pour la dépression, Tyrer pour l'anxiété, BuliT pour les troubles du comportement alimentaire, SF-36 et IWQoL pour la qualité de vie.

La fréquence des entretiens est à déterminer avec le patient et les participants de l'équipe pluridisciplinaire, ils sont classiquement proposés au deuxième, sixième et douzième mois postopératoires.

Comme l'explique Buddeberg-Fischer³¹, si la détresse psychosociale ne doit pas contre-indiquer la prise en charge chirurgicale de l'obésité, un suivi psychiatrique apparaît indispensable pour contrôler, diminuer l'anxiété avant l'opération et favoriser la compliance après. De plus, la diminution à 2 ans des bénéfices psychiatriques observés les premières années²² implique un suivi et un soutien psychologique sur long terme, supérieur à 3 ans pour évaluer si la détresse psychologique est fluctuante ou stable après la perte rapide de poids³².

L'excès de mortalité par suicide observé aujourd'hui peut être réduit par un support psychiatrique plus solide, afin de traiter les syndromes dépressifs et prévenir le suicide. A noter que les patients candidats à la chirurgie bariatrique, qui présentent des antécédents d'épisode dépressif majeur semblent nécessiter un suivi psychiatrique soutenu et sur long terme, malgré le contrôle chirurgical de l'obésité³³.

VI. Qualité de vie et santé mentale après un bypass gastrique

Au premier plan des demandes de prise en charge chirurgicale d'obésité on retrouve les risques médicaux, mais les facteurs psychosociaux tels que l'isolement social, la discrimination, l'incapacité à effectuer les tâches désirées sont des motifs fréquemment avancés pour motiver l'intervention.

Quelque soit la technique utilisée, l'ensemble des études retrouve une perte de poids massive, les patients perdant en moyenne deux tiers de leur excès de poids en deux ans. L'indice de masse corporelle chute dès les trois premiers mois, passant en moyenne de 48,5+/-5,8 à 38,4+/-5,4 kg/m2, avec un excès de poids perdu autour de $37,4\%+/-9,2\%^{34}$.

Pories et MacDonald³⁵ ont évalué à 89% le pourcentage d'obèses morbides opérés qui ne le sont plus dans les deux ans après l'intervention; ensuite, Sugerman et ses collègues³⁶ ont noté que les patients perdaient en moyenne 60% de leur excès de poids à un an postopératoire et maintenaient cette perte de poids à plus de 51% à 8 ans; cependant Sjöström fait remarquer dans les résultats de la Swedish Obesity Subjects (SOS) study que les sujets opérés sont en moyenne toujours obèses 8 ans après l'opération (IMC moyen= 35 kg/m2)³⁷. Typiquement, la reprise de poids commence entre 18 et 24 mois³⁸. (Figure 3)

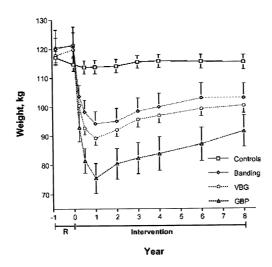


Figure 3. Modification du poids des patients opérés par rapport aux sujets obèses contrôles sur 8 ans suivant l'intervention chirurgicale (issue de la SOS study)

Même si la chirurgie bariatrique est associée à certains risques, les avantages semblent largement contrebalancer les inconvénients pour les sujets obèses morbides. Ceci est particulièrement vrai pour l'amélioration de leur qualité de vie ; en effet, les obèses ont une qualité de vie très altérée (cf. chapitre II), et les scores s'améliorent parallèlement à la perte de poids³⁷.

Au-delà de la réduction pondérale, le traitement chirurgical a pour but de réduire les risques vitaux liés à l'obésité morbide et avant tout d'améliorer la qualité de vie des patients. La réduction de l'excès de poids a pour conséquence une diminution franche des comorbidités avec une disparition du diabète de type II dans 82% des cas, une réduction nette mais plus lente de l'hypertension artérielle (HTA), une amélioration si ce n'est une disparition de l'hypercholestérolémie pour 96% des patients et pour le syndrome d'apnée du sommeil (SAS), on observe un sevrage de l'appareil en 6 à 18 mois dans 93% des cas³⁹.

Plusieurs études évoquent une relation inverse entre le nombre de comorbidités et la qualité de vie, l'amélioration des aptitudes physiques et des relations sociales; il apparaît donc logique que la période de perte pondérale soit associée à une amélioration manifeste de la qualité de vie des patients opérés. Ces résultats sont constatés notamment par l'amélioration des scores sur la SF-36: Torquati et son équipe³⁴ retrouvent ainsi une progression des scores de 44,2+/-15,7 à 78,6+/-15,5 avec une amélioration de la qualité de vie pour 95% des patients.

De leur côté, Chang et Wallace retrouvent une amélioration significative pour les 8 items de la SF-36: Aptitudes physiques, limitations du rôle liées à la santé physique, douleurs physiques, santé générale, vitalité, fonctionnement social, limitations du rôle liées à la santé mentale et santé mentale ; ils ne font pas de lien entre l'amélioration de la qualité de vie et l'importance de la perte pondérale. A ma connaissance, seule une étude, celle de Bastis⁴⁰, a mis en évidence une corrélation entre l'importance de la perte de poids et l'amélioration de la qualité de vie sur long terme, posant donc comme facteur prédictif de cette amélioration sur un laps de temps étendu le pourcentage de poids perdu par le patient après l'intervention.

Ensuite, les scores aux échelles de dépression (MADRS ou Hamilton) et d'anxiété (Tyrer) sont significativement améliorés dans l'année suivant l'intervention^{8,41}, c'est un

constat retrouvé dans quasiment l'intégralité des études publiées sur le sujet, dont l'étude SOS qui montre une chute franche des syndromes dépressifs et des troubles anxieux dans la première année suivant l'intervention par rapport au groupe contrôle (Tableau 2). Cependant, après deux ans, les courbes ont tendance à remonter et rejoindre leur niveau initial (Figure 4). Waters⁸ arrive aux mêmes conclusions, les scores ne sont plus significativement améliorés par rapport aux résultats préopératoires malgré « des changements suivant l'intervention aussi impressionnants que la perte de poids ».

La première hypothèse pouvant expliquer cette détérioration de la santé mentale des patients opérés implique la reprise du poids; une autre théorie mentionne une corrélation entre la fréquence des consultations de suivi et la santé mentale, la diminution de la fréquence des entretiens psychiatriques à partir de 12 mois correspond à la période de déclin de l'état psychique de la population suivie. Enfin, les obèses morbides sont susceptibles d'avoir des complications psychiatriques sous-jacentes, indépendamment de leur poids. Une chose est sûre, les améliorations sur la santé mentale observées aux sixième et douzième mois postopératoires se dégradent à la fin des deux premières années suivant l'opération.

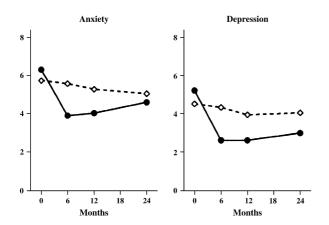


Figure 4. Evolution sur deux ans des pourcentages de participants à l'étude SOS souffrant de dépression ou de trouble anxieux par rapport au groupe contrôle⁴²

	Difference Between Preoperative and Postoperative Scores (mean)						
	6 mo	12 mo	24 mo	36 mo (n = 18)			
Scale	(n = 98)	(n = 65)	(n = 33)				
Anxiety	2.97*	2.52*	0.70 [†]	0.67†			
Depression	2.10*	1.48*	0.70 [†]	1.56†			
General health	3.02*	3.09*	3.25*	2.89‡			
Positive well-being	3.90*	3.29*	1.97 [†]	1.28†			
Self-control	0.909 *	0.19 [†]	0.36 [†]	0.22†			
Vitality	4.87*	4.65*	3.36	3.44*			
Mental health Index [¶]	9.87*	7.48*	3.00 [†]	3.72†			
* p <0.001.							
† Difference not sig	nificant.						
‡ p <0.01.							
§ p <0.02.							
p <0.002.							
[¶] Total mean score	s for anxiety,	depression,	positive well	-being, and			
self-control categories							

<u>Tableau2. Effets du bypass gastrique sur la</u> santé mentale⁸

Karlsson⁴³ et l'équipe de Thonney⁴⁴ vont plus loin en indiquant qu'il existe une corrélation entre l'importance de la perte de poids et la diminution des troubles anxieux et thymiques sur ces deux premières années. La même étude de Thonney souligne l'effet bénéfique de la perte de poids sur les troubles du comportement alimentaire, avec une amélioration pour la boulimie, l'image corporelle et le poids du regard des autres à un et deux ans après l'intervention. Cette observation est partagée par Hsu⁴⁵ qui ajoute que ces améliorations s'atténuent également après la période des deux années suivant l'intervention. Par contre, l'efficacité sur les binge eating disorders sévères semble, en toute logique, faire l'unanimité, la réduction considérable du volume de l'estomac n'autorisant plus l'ingestion rapide de grandes quantités de nourriture; les patients confessent cependant qu'ils mangeraient encore en excès s'ils n'étaient pas retenus par les vomissements et la sensation de satiété⁴⁶; en d'autres termes, l'envie n'a pas disparue mais le passage à l'acte est rendu impossible.

Il est à noter que si certaines pathologies de l'axe I du DSM IV s'amendent dans les années suivant l'intervention, la prise en charge chirurgicale de l'obésité morbide n'a pour autant aucun impact sur l'axe II, les troubles de la personnalité⁴⁷.

D'un point de vue psychosocial, la modification de la silhouette associée à la perte de poids permet une amélioration de l'image du corps, de l'estime de soi, la confiance en soi et l'assurance. Non seulement ces modifications contribuent à l'amélioration de l'humeur et du bien-être, mais elles induisent également des changements radicaux dans le mode de fonctionnement, favorisant ainsi les activités sociales comme professionnelles, notamment en élargissant les opportunités d'emploi (Augmentation des emploi entre +16 et +22% en fonction des études^{48,49}). Si les patients ayant bénéficié d'une prise en charge chirurgicale de leur obésité demandent plus de congés maladie dans l'année suivant l'intervention que les sujets obèses non traités, le rapport s'inverse à partir de 2 ans après l'opération, moment à partir duquel les jours de travail perdus pour congés maladie deviennent moins nombreux pour les patients opérés d'un bypass gastrique⁵⁰.

En outre, les sujets opérés sont manifestement moins troublés par des événements comme aller au restaurant, faire du shopping, être vus en maillot de bain ; comme décrit plus haut, alors que 70% des obèses dénigrent leur propre image corporelle, seuls 4%

après la perte de poids sont encore critiques par rapport à leur corps⁵¹, cette progression est accompagnée d'un moindre évitement des miroirs, d'une peur de grossir moins présente. De plus, le rétablissement au moins partiel des aptitudes physiques permet, de nouveau, d'effectuer des gestes qui peuvent sembler anodins, mais qui étaient devenus un véritable tour de force pour un sujet obèse, comme monter des escaliers, s'habiller, lacer ses chaussures, se baigner, marcher.

Dans certains cas, des problèmes peuvent survenir à distance de l'opération, quatre méritent d'y prêter une attention particulière :

- La perte de poids sub-optimale : classiquement la perte de poids est de 25 à 30% du poids initial dans les deux ans, mais pour un cinquième des patients, cet objectif n'est pas atteint⁵², l'hypothèse serait la mauvaise observance des règles hygiéno-diététiques⁵³ (particulièrement chez les sujets avec un binge eating discorder ou un night eating syndrom préexistant)⁵⁴;
- Les vomissements: ils concernent un à deux tiers des patients⁴⁶, non pas en lien avec un comportement de purge pour ne pas prendre de poids mais pour vider l'œsophage trop plein ou à cause d'aliments non tolérés (pain, riz, sucre, viande) après l'intervention chirurgicale.
- Le dumping syndrome: caractérisé par des nausées, un flush, une asthénie, des ballonnements et des diarrhées, le plus fréquemment déclenché par l'ingestion d'aliments sucrés, concernent plus de la moitié des patients opérés⁵⁵
- Le remodelage du corps : le tablier abdominal, l'affaissement de la poitrine, les plis au niveau des bras, sont autant de modifications secondaires à la perte brutale de poids qui entravent l'amélioration de l'image du corps, ce surplus de peau supplantant dans certains cas le surplus de poids.

A ces effets secondaires s'ajoutent d'autres modifications importantes induites par le bypass gastrique: la modification du volume des repas, des relations interpersonnelles et de la sexualité. La prise en charge chirurgicale de l'obésité n'est en effet pas anodine, et nécessite d'avoir conscience des modifications du mode de vie occasionnées, non seulement par la perte massive de poids, mais également par la diminution du volume gastrique et la malabsorption secondaires à l'opération.

D'une part, certains patients éprouvent des difficultés d'adaptation aux exigences d'une acceptation sociale accrue et aux changements majeurs dans leur cercle social³²:

- Les patients préalablement impliqués dans une relation avec une autre personne obèse risquent de trouver que les bouleversements dans leur mode de vie (activité amplifiée, contacts sociaux multipliés, rectification des habitudes et attitudes alimentaires) deviennent incompatibles avec leur relation.
- Les patients peuvent éprouver un ressentiment face à leur acceptation sociale soudaine après leur perte de poids.
- Les membres de la famille, les amis, les collègues et l'ensemble de l'entourage des patients sont susceptibles de réagir avec jalousie ou envie.
- Etant donné que la capacité de l'estomac est nettement réduite, le rôle social du repas comme son importance dans les affaires est compromis.

D'autre part, le fonctionnement conjugal et sexuel est perturbé. Hafner et ses collègues ont noté des difficultés pour les maris à s'adapter à la nouvelle image que leur femme avait d'elle-même après la chirurgie: Les femmes se trouvent plus attirantes et sociables, trouvant leur mari moins sociable et intéressé qu'avant l'opération; les hommes trouvent leur femme excessivement sociable après l'intervention⁵⁶. D'un autre côté, l'obésité morbide est associée à des perturbations métaboliques à l'origine d'une dysfonction sexuelle, la fonction érectile s'améliore avec la perte de poids pour un homme sur trois⁵⁷. D'une manière générale, l'évolution est positive, les sujets opérés affirment avoir une vie sexuelle « plus remplie »⁵⁸, ainsi qu'une libido avivée et un intérêt accentué pour le sexe. Indépendamment, on observe une recrudescence de conflits conjugaux⁵⁹; une hypothèse met en lien ces frictions avec la nouvelle autonomie du patient secondaire à la perte de poids. L'équipe de Neil va plus loin en rapportant un lien entre les conflits de couple et les questions de dépendance conjugale et de contrôle, particulièrement concernant les contacts sociaux, la répartition des tâches ménagères ou le travail.

Les changements de rôle et de place au sein du couple accompagnant la perte de poids semblent déstabiliser le ménage et mener à la discorde. Rand⁶⁰ conclut ainsi que les mariages réussis et stables avant l'intervention, le restent voire sont embellis après la perte pondérale, mais que la chirurgie de l'obésité a un effet négatif sur les unions

préalablement problématiques. Les soucis conjugaux sont plus imputables à une relation préopératoire pauvre qu'aux effets de la chirurgie.

Rappelons enfin que sur l'ensemble des études, 72 à 86% des patients indiquent être très satisfaits de l'opération⁶¹.

VII. Tentatives de suicide et suicides après bypass gastrique

L'ensemble des études s'accorde sur les bénéfices considérables apportés par la chirurgie bariatrique chez les sujets souffrant d'obésité morbide.

Parmi d'autres, Adams⁶² évalue le déclin de mortalité à 40% toutes causes confondues. Le taux de mortalité est moindre pour toutes les pathologies associées à l'obésité (Tableau 3): on note une diminution pour les décès par pathologie cardio-vasculaire, complications du diabète et par cancer, de 56%, 92% et 60% respectivement. Ces conclusions sont observées par plusieurs études^{63,64} sur des durées et à des taux différents par plusieurs études.

End Point	All Subjects			Matched Subjects				
	Surgery Group (N = 9949)		Control Group (N = 9628)		Surgery Group (N = 7925)		Control Group (N = 7925)	
	no.	no./10,000 person-yr	no.	no./10,000 person-yr	no.	no./10,000 person-yr	no.	no./10,000 person-yr
All causes of death	288	37.2	425	61.1	213	37.6	321	57.1
All deaths caused by disease	198	25.6	380	54.7	150	26.5	285	50.7
Cardiovascular disease	66	8.5	134	19.3	55	9.7	104	18.5
Coronary artery disease	17	2.2	46	6.6	15	2.6	33	5.9
Heart failure	2	0.3	7	1.0	2	0.4	6	1.1
Stroke	9	1.2	14	2.0	7	1.2	11	2.0
Other cardiovascular disease	38	4.9	67	9.6	31	5.5	54	9.6
Diabetes	2	0.3	24	3.5	2	0.4	19	3.4
Cancer	42	5.4	102	15.0	31	5.5	73	13.3
Other diseases	88	11.4	120	17.0	62	11.0	89	15.5
All nondisease causes	90	11.6	45	6.5	63	11.1	36	6.4
Accident unrelated to drugs	29	3.7	19	2.7	21	3.7	17	3.0
Poisoning of undetermined intent	15	1.9	4	0.6	9	1.6	4	0.7
Suicide	21	2.7	8	1.2	15	2.6	5	0.9
Other nondisease cause	25	3.2	14	2.0	18	3.2	10	1.8

^{*} Deaths that were caused by disease include all deaths minus those caused by accidents unrelated to drugs, poisonings of undetermined

Tableau 3. Distribution des morts et taux de mortalité dans la cohorte étudiée

Cependant, les morts indépendantes des comorbidités ou des complications liées à l'intervention chirurgicale, sont plus nombreuses chez les sujets opérés que chez les obèses non opérés. La même étude d'Adams évoque une surmortalité de 58% par accidents et suicides ; alors que les accidents plus nombreux peuvent s'expliquer par une activité et une mobilité accrues des sujets traités, aucune explication n'a pu être identifiée pour justifier l'augmentation du taux de suicide après le traitement chirurgical

de l'obésité morbide. La question se posant dès lors est comment prévenir ces morts évitables afin de ne conserver que les effets bénéfiques du bypass gastrique ? Plusieurs moyens sont envisageables, notamment la mise en place d'un suivi postopératoire plus strict, mieux coordonné et sur plus long terme, la prévention et le traitement adapté des pathologies psychiatriques, et éventuellement une sélection plus draconienne à l'inclusion.

De nombreux chercheurs ont mentionné des suicides ou des équivalents suicidaires après une opération de chirurgie bariatrique. Parmi eux, Powers a relevé un suicide sur les 81 patients de sa cohorte⁶⁵; un patient de l'étude de Gentry⁶⁶ sans antécédent psychiatrique a fait une tentative de suicide 7 mois après l'opération ; parmi les 100 patients opérés suivis dans l'étude de Mitchell⁵⁵, un patient s'est donné la mort et un autre est décédé à la suite d'un saignement gastro-intestinal sur une cirrhose d'origine alcoolique; un patient des 27 suivis par Pekkarien et ses collègues⁶⁷ s'est suicidé 2 ans après une gastroplastie. Sur une revue de la littérature en 1998, Hsu avait constaté à partir de 4 études^{68,69,70,71}, 8 suicides pour un total de 1785 patients sur 14 ans, ce qui correspondait à un taux de suicides supérieur à celui de la population générale⁴⁵.

Tindle et Omalu se sont intéressés au risque de suicide après les interventions de chirurgie bariatrique; ils ont pu mettre en évidence un excès de suicides chez les patients obèses morbides traités par chirurgie bariatrique; en effet, ces auteurs ont récemment publié les résultats d'une étude rétrospective sur 9 ans de suivis postopératoires de sujets obèses opérés⁷². Sur 16683 patients suivis sur cette durée, 31 se sont suicidés, 30% dans les deux ans après l'opération, 70% dans les trois ans; soit une incidence de 6,6 suicides pour 10 000 personnes par an, ce taux est largement supérieur à celui observé dans la population générale en 2007 (10,95 suicides pour 100 000 personnes)⁷³; rapporté au nombre de décès par an des personnes entre 25 et 64 ans, le nombre de morts par suicide (31/440= 7 suicides pour 100 décès) est également supérieur à celui observé dans la population américaine. Les moyens les plus utilisés étaient dans l'ordre décroissant (Tableau 4): par intoxication médicamenteuse volontaire (n= 16), par décharge d'une arme à feu (n= 9), par intoxication au monoxyde de carbone (n= 4) et par pendaison (n=2).

Mode of Death	Race and Sex	Suicide (n)		
Drug/pill overdose (n = 16)	White female	11		
	White male	3		
	Black female	1		
	Hispanic female	1		
Gunshot wound $(n = 9)$	White female	3		
although suite and difficult in the entering the country of the suite	White male	6		
Carbon monoxide $(n = 4)$	White female	3		
* -***	White male	1		
Hanging $(n = 2)$	White female	1		
	White male	1		

Tableau 4. Suicides en Pennsylvanie après chirurgie bariatrique entre 1996 et 2007

De plus, le nombre de décès par suicide est probablement sous-estimé puisque certains décès par overdose ou par accident de la voie publique sont probablement arrivés dans le cadre d'un suicide.

Les suicides ne sont pas directement imputables à la chirurgie, mais liés à des facteurs multiples⁷². Il est par ailleurs impossible de déterminer si le risque suicidaire est majoré par la chirurgie ou totalement inhérent aux caractéristiques du sujet opéré (10% des candidats à la chirurgie bariatrique ont des antécédents de tentative d'autolyse, facteur de risque majeur de suicide⁷⁴), ou si l'échec de l'intervention sur le surpoids peut être un élément déclencheur; on peut seulement supposer que la déception par rapport aux attentes du patient puisse exacerber une détresse psychologique déjà présente.

D'autres hypothèses impliquent l'obésité elle-même (cf. chapitre II) et ses comorbidités, l'existence d'une obésité persistante malgré la prise en charge chirurgicale, une perte de poids insuffisante pour le patient ou bien une reprise partielle du poids.

Mais l'échec du traitement n'est pas la seule cause envisageable, puisque certaines études révèlent une mortalité excessive par suicide malgré des résultats sur la perte pondérale tout à fait satisfaisants. A titre d'exemple, Omalu et ses collègues ont présenté en 2005 trois cas de suicides³³ avec les caractéristiques cliniques et médico-

légales attachées à chacun ; un homme de 31 ans célibataire à 12 mois après l'opération, une femme de 53 ans divorcée à 27 mois et un homme de 52 ans marié à 26 mois. Les auteurs constataient que dans les 3 cas, les sujets s'étaient suicidés malgré une perte de poids efficace (respectivement 41%, 40% et 25% de leur poids initial), et qu'ils étaient tous les trois suivis par un psychiatre pour un syndrome dépressif récurrent avant et après l'opération.

De même, Waters a rapporté 3 suicides sur une cohorte de 157 patients opérés⁸. Son hypothèse pour expliquer cette surmortalité chez les sujets obèses morbides ayant bénéficié d'un bypass gastrique, incriminait les pathologies psychiatriques sousjacentes, indépendamment du poids et de la prise en charge chirurgicale de l'obésité et ses effets secondaires, présentes avant l'opération et qui ont persisté après que le poids a été contrôlé par l'intervention chirurgicale; ainsi selon Waters, lorsque la perte de poids est à son maximum, à 6 et 12 mois, le moral des patients est maintenu par leur progression sur le plan physique, mais après un an, ils commencent à réaliser que perdre du poids ne corrigera pas leurs difficultés psychologiques.

En conclusion, malgré une mortalité globale diminuée par rapport à la population obèse, et une amélioration évidente des comorbidités psychiatriques et de la qualité de vie des patients obèses traités par bypass, apparaît, pour une cause encore non identifiée, une surmortalité par suicides. Les hypothèses mettent en cause l'obésité ellemême, l'insuccès de la prise en charge chirurgicale sur la perte d'excès de poids mais, avant tout, les causes indépendantes de l'intervention, impliquant des pathologies psychiatriques sous-jacentes mal équilibrées chez une population à risque suicidaire (population obèse).

Afin de réduire le nombre de décès évitables, il apparaît important de mettre en place une surveillance accrue des patients à risque suicidaire (antécédents de pathologie psychiatrique, de tentative de suicide, de sévices subis, isolement social et/ou professionnel, intoxication éthylique en rupture de sevrage) et de traiter efficacement les comorbidités psychiatriques avant et après la prise en charge chirurgicale.

VII. Cas cliniques

1) Premier cas: Mme Q

Madame Q est une femme de 40 ans, hospitalisée pour intoxication médicamenteuse volontaire (second geste), souffrant d'un syndrome dépressif d'intensité sévère.

Ses antécédents sont marqués par un premier geste suicidaire en 2000, un traitement chirurgical de son obésité par bypass gastrique en 2008, une abdominoplastie en 2009, une cholécystectomie pour des calculs biliaires en 1995 (l'obésité est un facteur de risque de lithiase vésiculaire) et une exérèse de la glande sous-maxillaire droite pour une lithiase.

Elle n'a, en 2011, aucun suivi psychiatrique ou psychologique. Son traitement médicamenteux par psychotropes comprend citalopram 20 mg le matin, bromazepam 6 mg par jour (¼ cp - ¼ cp - ½ cp) et zopiclone 7,5 mg au coucher; elle présente par ailleurs une dysphagie et des douleurs diffuses, sans cause organique retrouvée, et partiellement contrôlées par de la Lamaline® que la patiente surconsomme.

Elle est chauffeuse de taxi, et vit actuellement avec le père de ses enfants, sans emploi, avec qui elle rapporte des conflits à propos de son état actuel et un sentiment de jalousie constant de la part de son mari. Son père est décédé l'année passée et elle est en conflit avec sa mère depuis 10 ans.

Le deuil de son père, décédé 9 mois plus tôt, est difficile, son passage à l'acte arrive la date d'anniversaire de la patiente, lorsqu'elle a réalisé que son père ne pourrait le lui souhaiter; sa tentative de suicide apparaît dans ce contexte et après un conflit conjugal.

À l'entretien, on retrouve un épisode dépressif caractérisé, avec une tristesse de l'humeur, une douleur morale intense et croissante, un ralentissement psychomoteur, une asthénie intense, une anhédonie généralisée, une aboulie, des troubles du sommeil avec une insomnie d'endormissement, une clinophilie, avec une notion d'incurabilité; on

note un sentiment d'incompréhension par son entourage qui la qualifiait de « faible » « égoïste » « pas bien dans ta tête », notamment son mari qu'elle dit incapable de comprendre sa pathologie. Elle ne critique pas son geste ; le risque suicidaire est élevé, avec des facteurs de risque primaires, secondaires et tertiaires, mais une absence d'urgence ou de dangerosité. Les examens biologiques révèlent une carence en vitamines A et D.

La patiente met en lien sa souffrance avec d'une part ses douleurs chroniques inexpliquées, d'autre part son isolement social, et enfin les conflits avec son époux, non soutenant, non aidant. La consultation douleur conclut à des « douleurs qui semblent beaucoup plus d'origine psychologique ».

Au plan psychosocial, elle rapporte une maltraitance dans l'enfance avec des violences physiques de la part de son père alcoolique; puis elle aurait été victime d'attouchements de la part de son beau-père pendant son adolescence. Elle n'a plus de contact avec sa mère depuis longtemps, qu'elle qualifiait de négligente, lui reprochant une carence affective et l'absence de prise de position par rapport à son père incestueux.

Lors de la consultation psychiatrique dans le cadre de la prise en charge chirurgicale de l'obésité, la patiente n'avait pas de traitement psychotrope en cours, elle n'avait jamais eu l'occasion de rencontrer un psychiatre ou un psychologue (malgré la tentative de suicide de 2000 qui n'avait pas amené à une prise en charge médicale et qu'elle n'évoque pas lors de cet entretien). On retrouvait des antécédents familiaux d'obésité morbide, dont sa mère qui a été opérée. Mme Q faisait allusion, lors de l'enquête sur son histoire personnelle, aux agressions physiques et sexuelles dont elle a été victime.

La reprise de son histoire pondérale révèle un IMC autour de 24 à 15 ans et 18,5 à 19 ans ; puis une prise progressive de poids, scandée par trois naissances, entre lesquelles elle n'a pas réussi pas à perdre le poids pris pendant chaque grossesse. Elle faisait, au moment de la consultation, 98 kg pour 1,60 m, soit un IMC à 38,3.

L'entretien ne mettait pas en évidence de troubles du comportement alimentaire, ni de grignotage, d'hyperphagie ou d'épisodes boulimique; elle paraissait intégrée au plan social, motivée par la chirurgie et capable de compliance. Il n'y avait pas d'altération majeure de sa vie émotionnelle ou de troubles thymiques. Néanmoins, elle mentionnait une distance s'installant, depuis quelques années, avec son mari, menant à une diminution de la communication.

Mme Q se plaignait alors des conséquences de son obésité; en plus de la limitation de ses activités physiques induite, elle souffrait de gonalgies et d'arthralgies, elle témoignait d'une crainte du regard des autres. Elle se dévalorisait, avec une faible estime de soi.

Les tentatives de régimes se sont soldées par des effets yoyo, en dehors de la prise en charge par un nutritionniste pendant laquelle elle a perdu 15 kg, qu'elle a fini par reprendre.

Elle ne présentait pas, à ce moment, de contre-indication au bypass en dehors d'un IMC<40 en l'absence de comorbidité. Cependant, les tests psychométriques réalisés par la suite ont pointé des éléments dépressifs avec un score de 34/60 à la MADRS, et des éléments anxieux avec 25/60 à l'échelle brève d'anxiété de Tyrer; l'échelle BULIT était à 74, il n'y avait pas de trouble du comportement alimentaire. L'intervention avait donc été reportée.

Un an plus tard, le dossier était rediscuté en équipe pluridisciplinaire. Devant l'amendement de la symptomatologie dépressive, la normalisation des scores aux échelles psychométriques, la décision a été prise d'opérer Mme Q pour son obésité morbide; elle pesait alors 102 Kg.

Depuis l'intervention, la patiente a revu régulièrement le chirurgien qui l'a opéré, et poursuit assidument son suivi par la diététicienne qu'elle avait rencontré lors de la prise en charge de son obésité. Elle voit régulièrement un rhumatologue pour des douleurs coccygiennes liées à l'amaigrissement secondaire au bypass, à l'origine de réveils nocturnes.

Par ailleurs, son poids s'était stabilisé autour de 55 kg pour 1,60 m soit un indice de masse corporelle à 21,5 kg/m2.

Deux ans après l'opération, la patiente était très satisfaite; son poids était stabilisé, elle ne décrivait pas de vomissements ni de troubles du transit ou de gêne à l'alimentation. La dyspnée d'effort et les douleurs articulaires ont disparu. Elle confessait alors une dépendance au sucré, cachant des friandises éparpillées dans sa maison. Elle avait, au jour de la consultation, perdu 35 kg depuis l'opération, ce qui l'amenait à un IMC à 21,6 kg/m2.

Elle avait, à ce moment, une activité physique intense, elle faisait de la natation, du cyclisme, de la course à pieds et de la gymnastique.

Son alimentation n'était pas fractionnée, composée de trois repas par jour et d'une collation en soirée, avec de nombreux grignotages matin et après-midi. Elle avait arrêté tout supplément vitaminique. Les examens biologiques réalisés révélaient une carence en vitamine B12.

La qualité de vie était considérée comme très satisfaisante, évaluée par la SF36 ; l'estime de soi était cotée à 34/40.

L'évolution pondérale et celle de la composition corporelle était donc plutôt satisfaisante, mais il existait un problème d'observance thérapeutique.

C'est un an plus tard, donc trois ans après l'intervention, que Mme Q s'est retrouvée en crise suicidaire, compliquée d'un passage à l'acte qui m'a amené à la rencontrer; elle est sortie d'hospitalisation apaisée, avec la poursuite de son traitement antidépresseur et la reprise d'un suivi ambulatoire.

2) Second cas: Mme C

Madame C est une femme de 54 ans, hospitalisée pour intoxication médicamenteuse volontaire, dans un contexte de syndrome dépressif, chez une femme obèse malgré la réalisation d'un bypass cinq ans plus tôt.

Ses antécédents sont marqués par un bypass gastrique Roux-en-Y en 2006, des opérations abdominales à répétition pour des éventrations qui ont compliqué l'évolution de la prise en charge de l'obésité de la patiente ; par ailleurs, la patiente a fait 2 tentatives de suicide depuis l'intervention.

En 2011, elle a abandonné tout suivi psychiatrique. Son traitement ne comprend pas de psychotrope mais seulement ses suppléments vitaminiques.

Elle est mariée, avec 4 enfants, travaille comme femme de ménage. Elle vit avec son mari alcoolique chronique, avec qui elle envisage une séparation définitive ; il existe des difficultés conjugales anciennes, Monsieur et madame C faisant chambre à part depuis plusieurs années, avec une absence de dialogue pénible. Ses relations avec ses enfants sont également tendues, notamment avec sa fille, qu'elle dit être jalouse de sa perte de poids. Elle a une activité physique très modérée. Son poids au moment de l'hospitalisation est de 83,5 kg pour 1,61 m, donc un IMC à 32,1 kg/m2.

A l'entretien, on retrouve des éléments en faveur d'un épisode dépressif majeur, avec un ralentissement psychomoteur, des pleurs, une thymie effondrée avec une dévalorisation importante et un sentiment d'incompréhension par son entourage; elle ne critique pas son geste et des idées suicidaires persistent. Elle présente, lors de notre rencontre, une athymormie avec un risque suicidaire élevé. Il est possible, d'identifier un facteur qui a pu déclencher le passage à l'acte, un conflit avec son époux qui a eu lieu dans la matinée.

Cependant, Mme C parle du Bypass comme un évènement qui lui a « offert une nouvelle vie » ; les éléments positifs qu'elle met en avant comprennent la disparition des comorbidités de son obésité morbide, avec la disparition de son diabète insulino-requérant associée à l'arrêt des injections d'insuline et la prise des antidiabétiques oraux, l'amendement de son hypertension artérielle, et l'amélioration franche de l'image qu'elle avait de son propre corps ; plus récemment, elle a pu être sevrée il y a 2 ans de sa ventilation positive jusqu'ici nécessaire pour son syndrome d'apnée obstructive du sommeil.

C'est en 2006 qu'elle a intégré le réseau de prise en charge chirurgicale de son obésité morbide, motivée par les améliorations que celle-ci pourrait lui apporté sur sa santé. En effet, à cette époque, elle souffrait de diabète devenu insulino-requérant, d'HTA partiellement contrôlée par son traitement, de syndrome d'apnée du sommeil appareillé et était passée par plusieurs épisodes anxio-dépressifs. Elle faisait remarquer

des difficultés devenues handicapantes dans les gestes de la vie courante. On note par ailleurs des antécédents familiaux d'obésité morbide chez la mère, également compliquée de diabète.

Son histoire pondérale mentionnait un surpoids dès l'enfance, qui a toujours été présent et qui s'est exacerbé lors de ses grossesses. Elle avait une alimentation mal équilibrée, mais en trois repas par jour. Il n'y avait pas de trouble du comportement alimentaire. À l'acmé de son obésité, son poids avait atteint 133,5 kg, il est resté plus ou moins stable jusqu'à l'intervention.

Au décours de la prise en charge chirurgicale de son obésité, le diabète de type 2 et l'HTA ont été rapidement guéris, seuls persistaient des gonalgies et le SAOS. Le poids est passé de 133,5 à 85,25 kg en six mois, puis s'est stabilisé.

Un an et demi après l'intervention, son suivi n'avait pas été très rigoureux, elle rencontrait alors la nutritionniste qui notait que l'équilibre alimentaire n'était pas optimal et que le fractionnement n'avait été respecté qu'au cours des 3 premiers mois. Cette mauvaise compliance était à l'origine d'une carence profonde en zinc et d'une carence protéique. Elle était revue six mois plus tard pour le bilan à 2 ans postopératoires, Mme C était satisfaite de la prise en charge chirurgicale de son obésité et des bénéfices associés, l'évaluation de la qualité de vie par la SF36 donne un score satisfaisant mais l'estime de soi est cotée à 26/40; elle n'est toujours pas compliante, ne prenant pas de collation et ne pratiquant aucune activité physique. Elle faisait alors 89,1 kg soit un IMC à 34,4 kg/m2, elle avait donc perdu 44,4 kg en 24 mois, il n'y avait plus de carence protéique.

À deux ans et demi de la prise en charge chirurgicale de son obésité, après de multiples complications (éventrations opérées, diastasis de la paroi abdominale), Mme C se disait anéantie, elle présentait une symptomatologie dépressive franche. Elle restait satisfaite de sa qualité de vie mais les reprises chirurgicales itératives, comme la persistance de son obésité à un degré bien inférieur la navrait; elle avait pourtant perdu 7 kg de plus dans les six derniers mois, et était donc passée à 82,3 kg, son IMC passant à 31 kg/m2 en 2009. Elle a commis sa première tentative de suicide 6 mois plus tard, par

intoxication médicamenteuse volontaire, au décours de laquelle Mme C a été hospitalisée.

Un an plus tard, la situation restait préoccupante, avec une persistance de l'état de dénutrition secondaire à la mauvaise observance de la patiente, et le contexte dépressif toujours présent, majoré six mois plus tôt par une nouvelle cure d'éventration, et qui avait mené à son premier passage à l'acte; elle avait alors renoué avec la prise en charge psychiatrique. Ses soucis médicaux ont un retentissement non négligeable sur ses relations familiales, son entourage lui reprochant d'être toujours malade. Son poids était légèrement remonté, elle faisait alors 83,7 kg soit un IMC à 32,3 kg/m2. Elle restait, à cette date, carencée en zinc et en vitamine D, en plus de la dénutrition protéique. Tous ces éléments ont eu pour conséquence une altération marquée de la qualité de vie, sur les items vitalité, état de santé physique et psychologique et sur les implications sociales; l'estime de soi est mauvaise, cotée à 27/40. Elle est alors demandeuse d'un suivi psychiatrique soutenu.

Lors de sa consultation psychiatrique, Mme C restait encore très labile émotionnellement, elle présentait de nombreuses plaintes somatiques. Elle faisait le lien entre sa souffrance morale et ses difficultés relationnelles sur le plan personnel comme professionnel. Il est décidé de mettre en place un traitement antidépresseur par escitalopram.

Son second passage à l'acte a eu lieu 4 ans après l'opération, par intoxication médicamenteuse volontaire. A l'examen, en dehors de troubles des conduites instinctuelles, on ne retrouvait pas de symptômes suffisants pour évoquer un syndrome dépressif, ce qui a justifié l'arrêt des psychotropes. Les coordonnées d'un psychiatre en ville lui ont été remises, il s'avérera qu'elle ne s'en est malheureusement pas saisie, refusant toute prise en charge de sa santé mentale, psychothérapeutique comme médicamenteuse.

C'est un an plus tard que je la rencontre en hospitalisation, après une nouvelle intoxication médicamenteuse volontaire. Malgré une thymie effondrée à son arrivée, l'état de Mme C s'améliore rapidement au cours de l'hospitalisation et permet un retour

rapide au domicile avec un suivi ambulatoire en centre médico-psychologique et la reprise de son traitement antidépresseur. Elle reverra, dans l'année, les différents intervenants de la prise en charge multidisciplinaire de son obésité morbide opérée.

Aux dernières nouvelles, Mme C est passée par le service des urgences pour une crise d'angoisse, elle avait alors arrêté d'elle-même son traitement antidépresseur et avait mis fin à son suivi psychiatrique; elle présentait une asthénie importante et des troubles du sommeil, mais pas d'arguments pour un épisode dépressif majeur et pas de projet suicidaire. Elle a accepté de reprendre son suivi sur le centre médico-psychologique.

IX. Réflexion sur les cas cliniques

L'obésité entraine, au-delà des comorbidités physiques, de nombreuses difficultés sociales ; chaque geste du quotidien, dont certains pouvant sembler anodins, devenus automatiques pour un individu lambda, demandent pour le sujet obèse une réflexion et une adaptation constante : monter un escalier voire se déplacer, faire le ménage, lacer ses chaussures, se coiffer, s'asseoir sur une chaise et se relever, prendre sa douche etc...

Le regard des autres, la stigmatisation permanente, le manque d'empathie dont est victime la population obèse, sont autant d'arguments à l'origine d'un sentiment de culpabilité et de l'effondrement de l'estime de soi ; le patient obèse porte sa maladie à l'égard des autres, et est jugé, donnant une impression de laisser-aller ou d'absence de volonté.

Dans le premier cas clinique comme dans le second, l'obésité est une pathologie qui concerne non seulement la patiente mais également une partie de son entourage, qui a pu avoir eu la même démarche thérapeutique que la patiente, ou au contraire la rejeter de façon virulente.

La chirurgie bariatrique apparaît, comme un moyen efficace, parfois malheureusement temporaire, de traiter l'obésité comme ses conséquences

psychologiques; ce n'est qu'après un certain laps de temps suivant l'opération que la symptomatologie dépressive refait surface, parallèlement à la reprise pondérale ou à la suite des perturbations sociales induites par la perte massive de poids.

En effet, en supprimant le surpoids du patient, ses points de repère sont également bouleversés, le jugement de son entourage, son appartenance à un groupe, mais parfois aussi sa propre identité, se considérant souvent comme un sujet obèse avant toute autre chose, son obésité le définit.

En outre, la prise en charge chirurgicale de l'obésité implique quelques changements dans le mode de vie du sujet opéré, en plus de la multiplication des contacts sociaux, leurs habitudes alimentaires sont profondément remaniées, comme leur activité physique qui dit souvent être intensifiée. On note également des bouleversements dans la vie sociale de certains sujets opérés, si ce n'est le jugement de la famille, c'est la naissance de la jalousie du conjoint; heureusement pour la majorité des patients opérés, l'entourage est soutenant, encourageant et fier. Quoi qu'il en soit, dans les deux cas présentés, le conflit conjugal fait partie des facteurs déclencheurs; les deux couples en question étaient instables avant l'intervention. Leur entourage ne peut pas, de surcroît, être considéré comme soutenant, mais plutôt comme délétère.

Un autre point commun est d'une importance capitale : le manque d'observance et de compliance des patientes ; que ce soit l'observation des règles hygiéno-diététiques, la prise régulière des suppléments en vitamines et oligo-éléments, ou le respect du suivi strict imposé par la prise en charge chirurgicale, la compliance des patientes faisait défaut.

Enfin, il est important de relever la présence d'un syndrome dépressif préexistant chez ces deux candidates à la chirurgie bariatrique. L'existence d'une pathologie de l'axe I du DSM IV induit un risque relatif de suicide élevé.

Quoi qu'il en soit, les deux patientes étaient satisfaites de l'intervention et de ses bénéfices au niveau pondéral ainsi que de l'amélioration des comorbidités de l'obésité morbide.

X. Conclusion

Il apparaît évident au vu de la littérature actuelle que l'existence d'un taux de suicide chez les patients opérés par bypass supérieur à celui de la population générale n'est pas directement imputable à la chirurgie bariatrique.

Il est raisonnable de penser que ce constat peut être mis en lien avec les difficultés psychologiques éprouvées par les patients candidats à une prise en charge chirurgicale de leur obésité, l'impact sur leur qualité de vie et leur fonctionnement social, affectif comme professionnel.

Non seulement, la population concernée par la chirurgie bariatrique est composée de sujets avec des contraintes psychosociales importantes et dans de nombreux cas des comorbidités psychiatriques, notamment les troubles thymiques, mais l'intervention et la perte massive de poids viennent souvent, en plus, déstabiliser un équilibre déjà précaire, en perturbant les repères du patient et de son entourage familial, amical et professionnel.

Il semble nécessaire de renforcer la prise en charge psychiatrique des candidats à la chirurgie bariatrique et discuter l'intérêt d'un suivi postopératoire obligatoire; par ailleurs, afin d'assurer le bon déroulement de la période suivant l'opération et de favoriser la compliance du patient, les candidats retenus pour la prise en charge chirurgicale de leur obésité ayant des antécédents ou des comorbidités d'ordre psychiatrique doivent avoir un suivi préopératoire strict et un traitement médicamenteux adapté pour un contrôle parfait de leur pathologie avant l'intervention; leur suivi postopératoire pourrait être renforcé.

Surveiller les populations à risque et traiter les patients avec des comorbidités psychiatriques est une priorité; envisager des psychothérapies de couple ou des groupes de paroles pourraient également être profitable aux patients et à leur entourage.

Bibliographie

- 1. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°22 du 7 juin 2011, page 249
- 2. ObEpi-Roche 2009, 5ème édition de l'enquête nationale sur la prévalence de l'obésité et du surpoids en France
- 3. Schlienger JL, Simon C. L'obésité de l'adulte. La revue du praticien 2003, 53 :525-34
- 4. Hopkinson G, Bland RC. Depressive syndromes in grossly obese women. Can J Psychiatry. 1982 Apr;27(3):213-5.
- 5. Onyike CU, Crum RM et al. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Am J Epidemiol. 2003 Dec 15;158(12):1139-47.
- 6. Scott KM, McGee MA et al. Obesity and mental disorders in the adult general population. J Psychosom Res. 2008 Jan;64(1):97-105.
- 7. Scott KM, McGee MA et al. Obesity and mental disorders in the adult general population. J Psychosom Res. 2008 Jan;64(1):97-105
- 8. Wadden TA, Sarwer DB et al. Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. Surg Clin North Am. 2001 Oct;81(5):1001-24
- 9. Van Hout GC, Boekestein P et al. Psychosocial functioning following bariatric surgery. Obes Surg. 2006 Jun;16(6):787-94
- 10. Yanovski SZ, Nelson JE et al. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. Am J Psychiatry. 1993 Oct;150(10):1472-9
- 11. Specker S, de Zwaan M et al. Psychopathology in subgroups of obese women with and without binge eating disorder. Compr Psychiatry. 1994 May-Jun;35(3):185-90
- 12. Herpertz S, Kielmann R. Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. Obes Res. 2004 Oct;12(10):1554-69
- 13. Onyike CU, Crum RM et al. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Am J Epidemiol. 2003 Dec 15;158(12):1139-47

- 14. Clark MM, Balsiger BM et al. Psychosocial factors and 2-year outcome following bariatric surgery for weight loss. Obes Surg. 2003 Oct;13(5):739-45
- 15. Staffieri JR. A study of social stereotype of body image in children. J Pers Soc Psychol. 1967 Sep;7(1):101-4
- 16. Neumark-Sztainer D, Story M et al. Perceived stigmatization among overweight African-American and Caucasian adolescent girls. J Adolesc Health. 1998 Nov;23(5):264-70
- 17. Vener AM, Krupka LR et al. Overweight/obese patients: an overview. Practitioner. 1982 Jun;226(1368):1102-9
- 18. Cargill BR, Clark MM et al. Binge eating, body image, depression, and self-efficacy in an obese clinical population. Obes Res. 1999 Jul;7(4):379-86
- 19. Lean ME, Han TS et al. Impairment of health and quality of life using new US federal guidelines for the identification of obesity. Arch Intern Med. 1999 Apr 26;159(8):837-43
- 20. Carpenter KM, Hasin DS et al. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. Am J Public Health. 2000 Feb;90(2):251-7
- 21. Dong C, Li WD et al. Extreme obesity is associated with attempted suicides: results from a family study. Int J Obes (Lond). 2006 Feb;30(2):388-90
- 22. Waters GS, Pories WJ et al. Long-term studies of mental health after the Greenville gastric bypass operation for morbid obesity. Am J Surg. 1991 Jan;161(1):154-7; discussion 157-8
- 23. Haris A. Khwaja, Gianluca Bonanomi. Bariatric surgery: techniques, outcomes and complications. Current Anaesthesia & Critical Care. 2010 Feb; 21(1):131-38
- 24. Adams TD, Gress RE et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. N Engl J Med. 2007 Aug 23;357(8):753-61
- 25. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/obesite_-_prise_en_charge_chirurgicale_chez_ladulte_-_synthese_des_recommandations.pdf
- 26. Gohier B, Richard-Devantoy S et al. Le psychiatre et la chirurgie bariatrique. Annales médico-psychologiques .2010 Mars ;168 :220-23
- 27. Sallet PC, Sallet JA et al. Eating behavior as a prognostic factor for weight loss after gastric bypass. Obes Surg. 2007 Apr;17(4):445-51

- 28. Felitti VJ. Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. South Med J. 1991 Mar;84(3):328-31
- 29. Haute Autorité de Santé. Chirurgie de l'obésité morbide de l'adulte. Recommandations Mai 2001 : 1-10
- 30. Haute Autorité de Santé. Obésité: Prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Synthèse des recommandations Janvier 2009 : 1-4
- 31. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, et al. Impact of psychosocial stress and symptoms on indication for bariatric surgery and outcome in morbidly obese patients. Obes Surg. 2004 Mar;14(3):361-9
- 32. Bocchieri LE, Meana M et al. A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. J Psychosom Res. 2002 Mar;52(3):155-65
- 33. Omalu BI, Cho P et al. Suicides following bariatric surgery for the treatment of obesity. Surg Obes Relat Dis. 2005 Jul-Aug;1(4):447-9
- 34. Torquati A, Lutfi RE et al. Predictors of early quality-of-life improvement after laparoscopic gastric bypass surgery. Am J Surg. 2007 Apr;193(4):471-5
- 35. Pories WJ, MacDonald KG. The surgical treatment of morbid obesity. Curr Opin Gen Surg. 1993:195-205
- 36. Sugerman HJ, Kellum JM et al. Gastric bypass for treating severe obesity. Am J Clin Nutr. 1992 Feb;55(2 Suppl):560S-566S
- 37. Sjöström CD. Surgery as an intervention for obesity. Results from the Swedish obese subjects study. Growth Horm IGF Res. 2003 Aug;13 Suppl A:S22-6
- 38. Powers PS, Rosemurgy A et al. Outcome of gastric restriction procedures: weight, psychiatric diagnoses, and satisfaction. Obes Surg. 1997 Dec;7(6):471-7
- 39. Schauer PR, Ikramuddin S et al. Outcomes after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity. Ann Surg. 2000 Oct;232(4):515-29
- 40. Batsis JA, Lopez-Jimenez F et al. Quality of life after bariatric surgery: a population-based cohort study. Am J Med. 2009 Nov;122(11):1055.e1-1055.e10
- 41. Gohier B, Ritz P et al. Psychiatrie de liaison et obésité : L'expérience d'une prise en charge en réseau
- 42. Wadden TA, Sarwer DB et al. Psychosocial and behavioral status of patients undergoing bariatric surgery: what to expect before and after surgery. Med Clin North Am. 2007 May;91(3):451-69

- 43. Karlsson J, Sjöström L et al. Swedish obese subjects (SOS)--an intervention study of obesity. Two-year follow-up of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. nt J Obes Relat Metab Disord. 1998 Feb;22(2):113-26
- 44. Thonney B, Pataky Z et al. The relationship between weight loss and psychosocial functioning among bariatric surgery patients. Am J Surg. 2010 Feb;199(2):183-8
- 45. Hsu LK, Benotti PN et al. Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. Psychosom Med. 1998 May-Jun;60(3):338-46
- 46. Powers PS, Perez A et al. Eating pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. Int J Eat Disord. 1999 Apr;25(3):293-300
- 47. Larsen F. Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity. A prospective psychiatric study. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1990;359:1-57
- 48. Rabner JG, Greenstein RJ. Obesity surgery: expectation and reality. Int J Obes Relat Metab Disord 1991; 15: 841–845
- 49. Hawke A, O'Brien P et al. Psychosocial and physical activity changes after gastric restrictive procedures for morbid obesity. Aust N Z J Surg 1990; 60: 755–758
- 50. Narbro K, Agren G et al. Sick leave and disability pension before and after treatment for obesity: a report from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. Int J Obes Relat Metab Disord 1999; 23: 619–624
- 51. Halmi KA, Long M et al. Psychiatric diagnosis of morbidly obese gastric bypass patients. Am J Psychiatry. 1980 Apr;137(4):470-2
- 52. Brolin RE, Kenler HA et al. The dilemma of outcome assessment after operations for morbid obesity. Surgery. 1989 Mar;105(3):337-46
- 53. Maggard MA, Shugarman LR et al. Meta-analysis: surgical treatment of obesity.

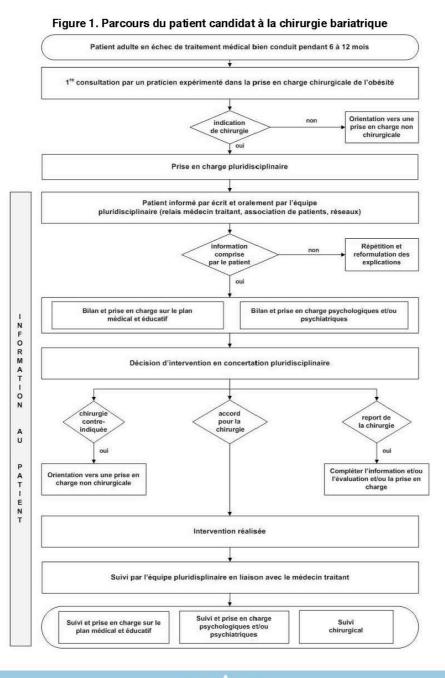
 Ann Intern Med. 2005 Apr 5;142(7):547-59
- 54. Hsu LK, Betancourt S et al. Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: a pilot study. Int J Eat Disord. 1996 Jan;19(1):23-34
- 55. Mitchell JE, Lancaster KL et al. Long-term follow-up of patients' status after gastric bypass. Obes Surg. 2001 Aug;11(4):464-8
- 56. Hafner RJ, Watts et al. Quality of life after gastric bypass for morbid obesity. Int J Obes Relat Metab Disord 1991; 15: 555–560

- 57. Esposito K, Giugliano D. Obesity, the metabolic syndrome, and sexual dysfunction. Int J Impot Res. 2005 Sep-Oct;17(5):391-8
- 58. Castelnuovo-Tedesco P, Schiebel D. Studies of superobesity: II. Psychiatric appraisal of jejuno-ileal bypass surgery. Am J Psychiatry. 1976 Jan;133(1):26-31
- 59. Hafner RJ, Rogers J et al. Psychological status before and after gastric restriction as predictors of weight loss in the morbidly obese. J Psychosom Res. 1990;34(3):295-302
- 60. Rand CS, Kuldau JM et al. Surgery for obesity and marriage quality. JAMA. 1982 Mar 12;247(10):1419-22
- 61. Herpertz S, Kielmann R et al. Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. Int J Obes Relat Metab Disord. 2003 Nov;27(11):1300-14
- 62. Adams TD, Gress RE et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. N Engl J Med. 2007 Aug 23;357(8):753-61
- 63. Flum DR, Dellinger EP. Impact of gastric bypass operation on survival: a population-based analysis. J Am Coll Surg. 2004 Oct;199(4):543-51
- 64. Christou NV, Sampalis JS et al. Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidly obese patients. Ann Surg. 2004 Sep;240(3):416-23
- 65. Powers PS, Boyd F, Blair CR, Stevens B, Rosemurgy A. Psychiatric issues in bariatric surgery. Obes Surg 1992; 2: 315–325
- 66. Gentry K, Halverson JD et al. Psychologic assessment of morbidly obese patients undergoing gastric bypass: a comparison of preoperative and postoperative adjustment. Surgery 1984; 95: 215–220
- 67. Pekkarinen T, Koskela K, Huikuri K, Mustajoki P. Long-term results of gastroplasty for morbid obesity: binge-eating as a predictor of poor outcome.

 Obes Surg 1994; 4: 248–255
- 68. Capella JF, Capella RF. The weight reduction operation of choice: vertical banded gastroplasty or gastric bypass? Am J Surg 1996; 171: 74–79
- 69. Macgregor AM, Rand CS. Gastric surgery in morbid obesity. Outcome in patients aged 55 years and older. Arch Surg 1993; 128: 1153–1157
- 70. MacLean LD, Rhode BM et al. Late results of vertical banded gastroplasty for morbid and super obesity. Surgery 1990; 107: 20–27

- 71. Pories WJ, Swanson MS et al. Who would have thought it? An opération proves to be the most effective therapy for adult-onset diabetes mellitus. Ann Surg 1995; 222: 339–350
- 72. Tindle HA, Omalu B et al. Risk of suicide after long-term follow-up from bariatric surgery. Am J Med. 2010 Nov;123(11):1036-42
- 73. http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/Suicide-DataSheet-a.pdf
- 74. Sansone RA, Wiederman MW et al. The prevalence of self-harm behaviors among a sample of gastric surgery candidates. J Psychosom Res. 2008 Nov;65(5):441-4

Annexes





Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique ;

« Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte » - Recommandations pour la pratique clinique – Janvier 2009

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité

sur www.has-sante.fr

Annexe 1. Parcours du patient candidat à la chirurgie bariatrique

Surgical cases- ◇- Control cases

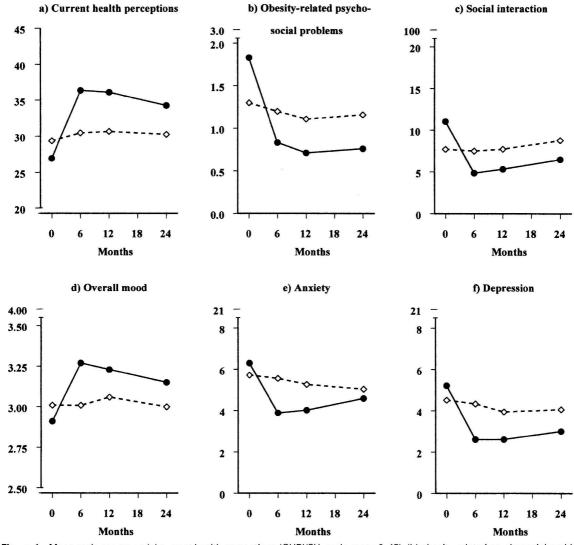


Figure 1 Mean scale scores on (a) current health perceptions (GHRI/CH; scale range 9–45), (b) obesity-related psychosocial problems (OP) in everyday life (scale range 0–3), (c) social interaction (SIP/SI; scale range 0–100), (d) overall mood (MACL; scale range 1–4), (e) anxiety and (f) depression (HAD; scale range 0–21) in surgical cases and controls at baseline and at 6, 12 and 24 months after intervention. High scores represent well-being on GHRI/CH and MACL scales, symptoms on HAD scales and dysfunction on OP and SIP/SI scales. GHRI=general health rating index; CH=current health; SIP/SI=social interaction category of sickness impact profile; MACL=mood adjective check list; HAD=hospital anxiety and depression scale.

Annexe 2. Comparaison de différents paramètres entre un groupe de patients obèses et un groupe de patients opérés par chirurgie bariatrique