

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2013

N°.....

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : PSYCHIATRIE

Par

Elise RIQUIN

Née le 29/05/1983 à Blois

Présentée et soutenue publiquement le 18/10/2013

***OBESITE SEVERE DE L'ADOLESCENT ET PRISE EN CHARGE EN
CHIRURGIE BARIATRIQUE.***

***APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE A PARTIR D'UNE
COHORTE DE 35 CAS.***

Président : Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER

Directeur : Monsieur le Docteur Jean MALKA

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen	Pr. RICHARD
Vice doyen recherche	Pr. BAUFRETON
Vice doyen pédagogie	Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM. ABRAHAM Pierre	Physiologie
ASFAR Pierre	Réanimation médicale
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
AZZOUI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM. BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie option cancérologie
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique reconstructrice esthétique brûlologie
de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
FURBER Alain	Cardiologie

	GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
MM.	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale
Mme	HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie et réanimation ; médecine d'urgence option anesthésiologie et réanimation
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LE ROLLE Nicolas	Réanimation médicale
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
Mmes	NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM.	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM.	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM.	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie
	VERNY Christophe	Neurologie
	VERRET Jean-Luc	Dermato-vénérérologie
MM.	WILLETOUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
	ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

MM.	ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
	ANNWEILER Cédric	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie option , gériatrie et biologie du vieillissement
Mmes	BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
	BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
M.	BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mme	BOUTON Céline	Médecine générale (maître de conférences associé)
MM.	CAILLIEZ Éric	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
	CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme	CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM.	CONNAN Laurent	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CRONIER Patrick	Anatomie
	CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mme	DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
	FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
	HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
	JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
MM.	LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire
	LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mmes	LOISEAU-MAINOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
	MARCHAND-LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
	MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	MESLIER Nicole	Physiologie
MM.	MOUILLIE Jean-Marc	<i>Philosophie</i>
	PAPON Xavier	Anatomie
Mmes	PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
	PELLIER Isabelle	Pédiatrie
	PENCHAUD Anne-Laurence	<i>Sociologie</i>
M.	PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
Mme	PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
M.	PUISSANT Hugues	Génétique
Mmes	ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
	SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
	TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jean MALKA

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Régis COUTANT

Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRE

Monsieur le Docteur Jean MALKA

REMERCIEMENTS

A M. le Docteur Jean Malka. Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de ta disponibilité, ta sérénité et ta confiance. Merci également pour toutes ces discussions qui m'ont tant apportée. Jean, trouve ici l'expression de mon profond respect.

A M. le Professeur Duverger. Je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse. Je vous remercie également de votre aide, de votre soutien, de vos précieux conseils et de votre accompagnement dans mes projets.

A M. le Professeur Garré. Vous me faites l'honneur d'accepter de participer au jury de cette thèse. Je vous remercie pour la qualité et la richesse de votre enseignement.

A M. le Professeur Régis Coutant. Vous me faites l'honneur d'accepter de participer au jury de cette thèse. Je vous remercie pour vos conseils au cours de l'élaboration de ce travail.

A M. le Professeur Maurice Corcos, à Mme le Docteur Marion Robin, pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail et le soutien que vous m'avez apportée. **A toute l'équipe de l'Institut Mutualiste Montsouris,** pour m'avoir accueillie si chaleureusement pendant ces six derniers mois d'internat.

A Mme le Docteur Florence Curt. Ton intérêt et ton enthousiasme pour mon travail m'ont portée ces six derniers mois. Merci de ta disponibilité et de ta patience pour m'enseigner les statistiques.

A Annie, pour ton aide précieuse durant ce travail.

A toutes les équipes soignantes et les médecins qui m'ont accompagnée durant mon internat.

SOMMAIRE

I. Introduction

II. L'obésité sévère de l'adolescent

- II.1. Historique de l'obésité
- II.2. Hypothèses étiopathogéniques
- II.3. Psychopathologie de l'obésité
 - II.3.a. Obésité de l'enfant
 - II.3.b. Obésité de l'adolescent
- II.4. Prise en charge chirurgicale de l'obésité à l'adolescence

III. Etude rétrospective

- III.1. Patients
- III.2. Méthode
- III.3. Résultats
 - III.3.a. Données générales
 - III.3.b. Evaluation psychologique
 - III.3.c. Situation familiale et sociale
 - III.3.d. Prise en charge dans le réseau
- III.4. Limites

IV. Discussion

- IV.1. Données de l'étude
- IV.2. La clinique de la perte
- IV.3. L'agir alimentaire, réponse à une pensée opératoire ?
- IV.4. L'après chirurgie : perte de poids et transformations corporelles

V. Conclusion

VI. Références bibliographiques

VII. Liste des tableaux

VIII. Table des matières

I. Introduction

L’obésité a été reconnue comme une maladie par l’OMS en 1997 (Annexe 1), elle a été ensuite rapidement considérée comme un « phénomène épidémique » (1). Plus de 300 millions d’adultes dans le monde présentent un surpoids, et la majorité d’entre eux sont atteints de maladies en lien avec celui-ci. Selon l’enquête trisannuelle ObEpi 2012 (2), en France, la prévalence de l’obésité, tous âges confondus, est passée de 8,5 % en 1997 à 15 % en 2012, soit une augmentation relative de 76 % en 15 ans. Les enfants et adolescents ne sont pas épargnés par le phénomène, et l’obésité infantile et de l’adolescent connaît une forte croissance en France et dans le monde depuis une trentaine d’années (3). Un enfant obèse le reste souvent à l’âge adulte, d’autant plus que l’obésité est sévère, de survenue précoce et qu’il existe des antécédents familiaux (4). Des études épidémiologiques associent l’obésité précoce et la surmortalité chez l’adulte à hauteur de 50 à 80 % (5,6).

La prise en charge des sujets obèses, dès l’apparition des premiers signes, améliore les résultats à court et long terme en prévenant le développement des comorbidités et constitue de ce fait une priorité. Néanmoins, les résultats des traitements médicaux (alimentation équilibrée et pratique sportive) de l’obésité et notamment de l’obésité sévère de l’adolescent sont souvent peu satisfaisants (5,7,8). Face à ce constat, la chirurgie bariatrique, qui s’est imposée depuis plusieurs années comme un traitement de choix de l’adulte obèse sévère en améliorant la survie des personnes opérées (9–11) a été questionnée dès l’adolescence. Elle apparaît légitime et n’est pas plus risquée que chez l’adulte selon les études (5,6). Son bénéfice est d’autant plus important que le traitement est précoce : permettant alors la guérison des comorbidités et leur non développement.

Outre Atlantique, les premiers jeunes patients ont été opérés en 1993. En France, cette prise en charge constitue une approche novatrice et récente dans cette tranche d’âge. Elle s’adresse aux adolescents dont l’obésité est plus avancée que pour les indications de chirurgie bariatrique de l’adulte et pour lesquels il a préexisté de nombreux échecs de prise en charge diététiques. Sous réserve du respect de règles strictes d’indications dans le cadre d’un suivi multidisciplinaire regroupant diététiciens, chirurgiens, pédopsychiatres, la chirurgie bariatrique de l’adolescent apparaît justifiée dans la littérature (5,7).

Dans cette perspective nouvelle, l’obésité sévère chez l’adolescent se doit d’être reconceptualisée en envisageant la place, bien entendu des comorbidités somatiques et psychiques (12), mais également en s’interrogeant sur sa place et son développement dans

une économie psychique spécifique en lien avec la présence de facteurs d'environnement prédisposants. De même, lorsque la chirurgie est envisagée, celle-ci ainsi que la perte de poids consécutive doivent être accompagnée. On ne saurait ignorer les implications psychiques de la disparition d'un tel symptôme. Il s'agirait, dès lors, face à cette nouvelle perspective d'envisager la prise en charge de l'adolescent sévèrement obèse comme une prise en charge complexe et nécessairement pluridisciplinaire (13).

Nous avons souhaité étudier tous les dossiers d'adolescents obèses sévères suivis dans le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers pour lesquels une prise en charge chirurgicale de leur obésité a été envisagée, ce qui représente à la date de l'étude 35 observations. L'objectif était de préciser pour chaque dossier des éléments éclairants quant à la clinique et la psychopathologie spécifiques de ces adolescents.

II. L'obésité sévère de l'adolescent

1. Historique de l'obésité

Depuis l'Antiquité, le regard porté sur le « gros » et/ou le « très gros » n'a cessé d'évoluer selon les valeurs culturelles de l'époque.

Ainsi, de l'Antiquité jusqu'aux siècles centraux du Moyen Age, être gros est considéré comme un prestige. En effet, les disettes incessantes confèrent aux personnes dotées d'embonpoint puissance et pouvoir. L'amoncellement nutritif est à l'époque un idéal et la santé suggère un ventre plein.

Une nuance se dessine au Moyen Age, la gloutonnerie ne convient pas à la morale religieuse et le « très gros » est condamné, péchant par son excès, son débordement global, son vice. A cela s'ajoute, au XIII^e siècle, les notions de « régime de santé », véhiculant une idée, toujours actuelle, de crédibilité du discours scientifique. Il faut noter qu'il ne s'agit pas encore d'esthétique, seul le comportement est pointé. Les cours médiévaux apportent alors un nouveau regard. L'excès s'inscrit alors lorsque la vigueur, le mouvement ou les activités sont perturbés. A cette période, la finesse de la taille et l'ampleur de la poitrine deviennent des modèles de santé et de morale féminins. Apparaît alors ce moment charnière, celui où le corps de la femme se construit socialement dans l'imaginaire collectif. Il faut noter que cet imaginaire ne cessera de se renforcer les siècles suivants pour être toujours extraordinairement actuel de nos jours.

A la Renaissance, le « très gros » est combattu dans deux optiques : la morale et la santé. Désormais, ce n'est plus la gloutonnerie qui est visée mais la mollesse, la paresse, l'inefficacité du « gros ». L'« énorme », du latin *enormis* (« hors norme »), est dévalorisé, on apprécie gros à grossier, les délicatesses de cette époque ne confèrent plus au « gros » le prestige d'autan, et des illustrations rieuses de personnages obèses ainsi que les contraintes physiques telles que les corsets, régimes, font leurs apparitions.

Aux siècles des Lumières, apparaît la distinction entre silhouettes masculines, pour lesquelles un embonpoint est toléré, et silhouette féminine, élancée et mince, sans rondeur. De même, apparaissent les questions de comportements humains globaux prédisposant à la grosseur. On passe du comportement individuel au comportement d'une population. L'idée d'« environnement obésogène » commence à se dessiner. Aussi, le mot obésité, du latin *obesus* (« gras »), fait son apparition dans le dictionnaire d'Antoine de Furetière en 1701, caractérisant une personne trop chargée de graisse ou de chair. Une idée majeure apparaît : l'obésité ne caractérise plus une corpulence mais bien une maladie. La déviance, par rapport à la norme, que constitue l'obésité devient médicalisée.

Au XXème siècle, perdre du poids apparaît comme une question de volonté personnelle, stigmatisant toujours davantage celui qui y échoue. Les questions des tourments de l'obèse « Le martyre du gros » de Henri Béraud, en 1922, abordant la souffrance psychique sont toutefois nouvellement abordées (14).

Au XXIème siècle, l'obésité évoque quatre termes principaux : épidémie, classe sociales défavorisées, norme sociale de la minceur et épreuve personnelle. Une intolérance publique et sans pudeur s'exprime vis-à-vis des personnes obèses. Nous pouvons à ce titre souligner le récent scandale émanant du patron d'une marque de confection textile. Celui-ci déclarait ne pas vendre d'articles en grandes tailles féminines, ne souhaitant pas que les femmes revêtant ses vêtements ne dévalorisent l'image d'une marque destinée « aux gens beaux et jeunes ». Cette déclaration, qui a provoqué de vives réactions et manifestations, témoigne à notre sens du paradoxe de notre époque. En effet, à cette haine, ce dégoût des personnes obèses, considérés comme des êtres sans volonté car sans contrôle sur leur corps et leur prise alimentaire, s'associe une visible révolte contre les diktats de la minceur. Ainsi, de nombreux artistes, de nombreux blogs, forums sur internet revendiquent un « droit d'être gros », à l'image des mouvements « fat-acceptance » aux Etats Unis. Une nouvelle idée apparaît : être « gros », obèse est autant question de droit que de santé.

2. Hypothèses étiopathogéniques

L'obésité est en augmentation continue depuis une vingtaine d'années. Depuis 1997, on constate une hausse de son taux en France de 76 %. L'obésité, pourvoyeur de complications somatiques sévères, devient un fléau à combattre. Toutes les études épidémiologiques sont unanimes : l'obésité est à l'origine de multiples complications et induit une augmentation significative de la mortalité. En effet, les comorbidités de l'obésité (regroupées en cinq catégories : métaboliques, cardiovasculaires, respiratoires, cancéreuses, ostéo-articulaires, mais aussi digestives, infectieuses, cutanées, psychologiques) accroissent très nettement le risque de décès prématué des patients obèses (15).

De nombreuses études sont publiées pour tenter de comprendre le phénomène. Les connaissances actuelles permettent de conclure que le risque d'obésité est de deux à huit fois plus élevé chez les individus avec antécédents familiaux et que ce risque varie en fonction de la sévérité et de la forme de l'obésité (surplus de graisse corporelle globale, obésité androïde, viscérale, et gynoïde). De même, des études réalisées chez des jumeaux homozygotes ont montré que la susceptibilité au gain ou à la perte de poids en réponse à une suralimentation ou une restriction calorique était fortement influencée par l'hérédité. Les facteurs génétiques sont donc impliqués dans l'étiologie de l'obésité, et un certain nombre de gènes ont été identifiés. Parmi ceux-ci, plusieurs gènes responsables des obésités les plus sévères ont été découverts et l'identification des gènes responsables des formes les plus courantes d'obésité reste à faire. Les gènes en cause sont sans doute des gènes qui interagissent avec les facteurs de l'environnement pour mener au développement de l'obésité chez les personnes à risque. L'identification de ces gènes de susceptibilité est une voie privilégiée de la recherche afin de prévenir et traiter les personnes atteintes d'obésité et améliorer la santé des populations touchées par cette épidémie (16).

Ce lien étroit entre gènes et environnement conduit naturellement à nous interroger sur notre rapport à l'alimentation. Dans l'espèce humaine, l'alimentation ne peut être rationalisée en termes de comptage simple de calories. L'acte alimentaire est générateur de symbolisme, les multiples recommandations religieuses concernant l'alimentation (carême, ramadan, éviction de certaines viandes), ou encore le principe d'incorporation, c'est-à-dire la pensée magique liée à l'acte alimentaire impliquant que lorsque nous ingérons un aliment, nous incorporons certaines de ces caractéristiques symboliques (la pureté du lait, la force de la viande...) (17). Il est également générateur de vie sociétale, de couvertures de besoins psychologiques et sociologiques (on partage un « repas de famille », on « invite des amis à

dîner », on se ressert « par gourmandise », on « craque pour du chocolat »). Ainsi l’obésité, et même le surpoids n’existent pas dans la nature. Parmi le règne animal, seuls les animaux de compagnie, au contact de l’homme, développent des surpoids, des obésités et leurs corollaires, diabète, hypertension et hyperlipémie. Aussi, l’augmentation récente et massive de la prévalence de l’obésité dans le monde apparaît concomitante avec l’industrialisation, l’accessibilité à une nourriture rapide et lipidique, et la sédentarisation.

Quels sont les déterminants de notre rapport à l’alimentation ? Pourquoi chez ces patients, qui selon les connaissances actuelles auraient une prédisposition génétique au stockage des graisses, ça ne s’arrête pas, malgré les recommandations diététiques, les régimes, mais aussi les inconforts provoqués par le symptôme ? Qu’est ce qui persiste, malgré tout, chez nos patients obèses, et qui conduit à ce dépassement des limites, cet excès, ce trop ? Qu’est ce qui pousse ces sujets à manger à s’en faire mourir ? La psychopathologie de l’obésité doit être interrogée pour apporter des éléments de réponse.

3. Psychopathologie de l’obésité

a. Obésité de l’enfant

Le stade oral et ses avatars de développement

Dans les années 50-60, aux Etats Unis, les premiers travaux psychanalytiques sur les causes psychologiques de l’obésité ont développé l’idée d’une fixation à la phase orale du développement libidinal. Puis, dans les années 70, Hilde Bruch avec « Les yeux et le ventre » (4) expose ses observations psychothérapeutiques de jeunes patients souffrant d’obésité et d’anorexie. Elle distingue alors deux types d’obésité :

L’obésité de développement, caractérisée par une consommation alimentaire massive en lien avec l’incapacité de différencier les besoins physiologiques (faim) des états émotionnels. Elle développe sa thèse en décrivant un décalage entre les besoins méconnus du nourrisson et la mère qui répondrait à toutes les attentes du bébé par la même réponse : la prise alimentaire, ne permettant pas à l’enfant d’accéder à une représentation de ses éprouvés internes (faim, tristesse, peur...) Ce qui conduirait l’enfant à répondre, plus tard, à toute tension et état d’insatisfaction par une prise alimentaire.

L’obésité réactionnelle, serait en lien avec la voracité du nourrisson qui augmenterait l’angoisse, l’ambivalence et l’inquiétude d’une mère inhibée, qui répondrait sur un mode relationnel marqué par la maîtrise et le contrôle. Dans ce contexte, la sédentarité apparaît

également comme une conséquence de ce type de relation, une mère inhibée pouvant empêcher l'enfant dans ses initiatives motrices et ses déplacements. Par la suite, ces idées seront reprises et confirmées par les modèles cognitivo-comportementaux. Ainsi, dans la théorie de confusion des affects, les obèses mangeraient en réponse à des affects ou émotions négatives.

La relation de causalité entre obésité et psychologie s'inverse dans les années 80. Les symptômes psychologiques seraient la conséquence de l'obésité, mais surtout des régimes de restrictions auxquels sont soumis les patients (18).

La fragilité narcissique

Plusieurs auteurs insistent sur la problématique narcissique associée à la fragilité de l'élaboration de la position dépressive dans la genèse de l'obésité infantile (19). L'enveloppe corporelle serait investie comme une enveloppe protectrice devant la précarité du parent-excitant parental. Cette « barrière » serait une défense narcissique permettant au sujet de lutter contre les angoisses archaïques (pré-génitales) massives (20).

Le « manger » viendrait en lieu et place d'un dire, d'une expression d'émotions, d'affects ou de vécus conflictuels. Ainsi, l'hyperphagie, dite parfois également polyphagie, est caractérisée par une surconsommation alimentaire pendant un court laps de temps et la perte de contrôle durant l'épisode. L'individu mange vite, souvent seul, sans qu'une sensation physique de faim ne précède la prise alimentaire. La prise alimentaire dure jusqu'à une sensation inconfortable de satiété, la souffrance psychique en lien avec l'hyperphagie est retrouvée, et elle n'est pas associée à des comportements compensateurs comme dans la boulimie (vomissements, prise de laxatifs ou de diurétiques) (21). Avant de faire son apparition dans le DSM-IV, l'hyperphagie a été décrite en 1951 par W. W. Hamburger (22). Il décrivait alors quatre formes cliniques majeures de suralimentation psychopathologiques : celle en réponse à des tensions émotionnelles aspécifiques, celle en réponse à une tension chronique (l'auteur prend l'exemple de la frustration), celle comme défense contre une dépression latente, et enfin une forme résultant d'une habitude liée à un appétit dévorant compulsif (dans une dimension biologique certaine). Par la suite, G. Apfeldörfer (23) insiste sur la perte de contrôle du comportement alimentaire caractérisant tous les sujets hyperphages, avec sentiment de honte et de culpabilité suite à la prise alimentaire.

La dynamique phallique

Dans l'obésité, certains auteurs ont également souligné la persistance de conflits relatifs au stade génital et phallique avec une difficulté à dépasser le stade oedipien. Dans cette perspective, le surpoids, l'obésité, suite à une élaboration non structurante de la différence des sexes, constituerait un « idéal hermaphrodite » (24). Les médecins confrontés à l'obésité constatent bien cette disparition de formes féminines et/ou masculines dans des « masculins féminisants » ou des « féminins masculinisants ». (Nous pensons ici à la gynécomastie des garçons, l'hirsutisme ou le tablier abdominal chez les filles). Aussi, Schmidt, en 1985 évoque la solution régressive orale, dans laquelle la nourriture revêt une dimension phallique, source potentielle de puissance (25).

b. Obésité à l'adolescence

L'adolescence impose au jeune de s'engager dans un processus de changement, intriqué à l'élaboration de nombreuses pertes. Le traitement de la perte d'objet est particulièrement sollicité et nécessite une introduction objectale de qualité afin de garantir la permanence de l'objet en dehors de lui. L'incorporation évite, élude ce travail psychique et les remaniements qu'il suppose. La quête de l'objet en dehors constitue une défense contre la montée pulsionnelle qui effracte le psychisme et le corps, et ce tout au long de la vie. Avec l'adolescence, les conflits objectaux sont réactivés, révèlent les insuffisances d'intériorisation et le maintien des situations de dépendance. Afin de préserver sa continuité, le jeune sollicite le recours à un auto-érotisme, dont l'hyperphagie, et son fréquent corollaire, l'obésité, peuvent être un exemple. On peut se questionner sur la fonction qu'occupe l'obésité dans ce contexte (26).

L'obésité peut revêtir une valeur agressive, une tentative de s'émanciper alors que l'opposition ne peut se dire autrement. On constate ainsi fréquemment dans la clinique des adolescents se montrant particulièrement agressifs à l'égard de leurs parents lorsque ceux-ci tentent de les restreindre sur le plan alimentaire. Elle peut également représenter une solution contre des désirs incestueux réactivés inconsciemment -les siens autant que ceux des parents-. En affichant un corps à l'esthétique éloignée des canons actuels, le désir et la séduction sont de fait, évacués.

Enfin, certains auteurs évoquent l'obésité comme équivalent dépressif (27). Il semblerait alors que l'obésité ait une fonction d'évitement des conflits psychiques douloureux associés à la perte et au manque notamment. Le surpoids constituerait alors une modalité défensive de traitement de la perte et la nourriture tiendrait lieu d'ersatz maternel, de « néo-

objet » de substitution, permettant de faire l'économie d'une séparation impossible (20,28,29). L' « agir hyperphagique » serait lié à une dépendance psychique à l'objet, engendrant une problématique de séparation relative à une perte d'objet non élaborée (30).

4. Prise en charge chirurgicale de l'obésité à l'adolescence

Nous l'avons vu, le symptôme « obésité » résiste. En tout cas aux mesures médico-diététiques classiques, qu'elles soient diététiques, pharmacologiques et/ou comportementales, et ce à plus ou moins long terme. Dans ce contexte, la chirurgie bariatrique rencontre une faveur croissante chez les adultes obèses morbides, est souvent abordée comme une ultime tentative après d'autres traitements s'étant révélés infructueux, et est considérée comme le seul traitement efficace à long terme de l'obésité morbide (31–33).

Plusieurs études nous apprennent que l'obésité de l'enfant et de l'adolescent est peu sensible aux régimes (5,6,34). La question de la prise en charge chirurgicale de l'obésité de l'adolescent s'est donc posée. Actuellement la chirurgie n'a pas d'indication officielle dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Son utilisation n'est pas recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS) (34). Dans les situations d'obésités extrêmement sévères, en cas de résistance aux traitements, de complications majeures, l'avis d'une équipe spécialisée peut être demandé quant à l'opportunité d'une indication chirurgicale qui doit rester exceptionnelle et qui ne peut être portée que par un centre hautement spécialisé en lien avec une équipe pédiatrique. Les techniques chirurgicales ne doivent être employées que lorsque la prise en charge médicale n'a pas permis une diminution du poids suffisante, et lorsque l'obésité est sévère (IMC supérieur à 35 kg/m²) et associée à des comorbidités. La perte de poids maximale est atteinte 18 mois après la chirurgie et est de 40 à 60 % de l'excès de poids. Les techniques de chirurgie réversible doivent être favorisées, avec explication des risques et bénéfices, ainsi que des complications éventuelles. Le temps de réflexion et de prise en charge avant la chirurgie doit être long, plusieurs mois dans la littérature, tout particulièrement chez les patients jeunes (35).

Quelques études ont montré l'efficacité à court terme de cette méthode, notamment sur la qualité de vie et actuellement, certains centres hospitaliers français opèrent les premiers cas (5,36). Nous ne disposons pas à l'heure actuelle de données pédiatriques à long terme et il convient d'apposer à cette prise en charge médicale et chirurgicale une réflexion afin d'améliorer l'indication, la préparation et le suivi de ces jeunes vis à vis du geste chirurgical.

Les trois types d'interventions principales sont (37):

- La gastroplastie (pose d'un anneau ajustable), méthode réversible, agissant par effet restrictif, en diminuant le volume de l'estomac et ralentissant le passage des aliments. Elle permet une satiété plus rapide et constitue la seule technique réversible. Cette méthode a été autorisée aux Etats Unis depuis 2003.



Gastroplastie

- La sleeve gastrectomie consiste en une réduction des 2/3 de l'estomac, les cellules sécrétant la gréhline (stimulant de l'appétit) sont amputées. Cette technique permet une satiété rapide et une diminution de la sensation de faim, elle peut être transformée en by-pass s'il y a une inefficacité de la méthode.



Sleeve gastrectomie

- Le by-pass (court-circuit intestinal), consistant à réduire de façon massive le volume de l'estomac et modifier le circuit alimentaire en induisant un système de malabsorption en plus de l'effet restrictif. Cette intervention est lourde et présente de nombreux risques opératoires et post opératoires.



By-pass

Actuellement, les recommandations concernant la prise en charge chirurgicale de l'obésité chez l'adolescent (il en est de même chez l'adulte) sont unanimes et sans équivoques, la pluridisciplinarité est une condition absolue. Ainsi, les équipes, de préférence expertes en chirurgie de l'obésité, doivent être constituées de chirurgiens, pédiatres, endocrinologues, diététiciens, psychologues et pédopsychiatres pouvant assurer un suivi à long terme de l'adolescent (7).

Les notions qui sous tendent cette nécessité d'une prise en charge plurielle sont en lien avec la complexité du problème que pose l'obésité. Le désir de ces patients peut être celui d'obtenir tout, tout de suite, en esquivant l'épreuve nécessaire de la frustration. Dans notre réflexion, il apparaît que cette chirurgie intervient dans le réel, en laissant intact un trou, un creux que nulle nourriture n'a jusque là apaisée. Face à ce constat, la chirurgie ne peut et ne doit pas être la seule réponse, en effet, nous l'avons vu, l'obésité semble dépendante de facteurs physiques, psychiques, socio-économiques. De même, certaines études ont pu démontrer, sur des populations adultes, une surmortalité des patients par suicide après chirurgie bariatrique (38,39). Sans constituer un savoir absolu, ces considérations doivent nous alerter sur la fragilité psychique de ces patients. La prise alimentaire inadaptée, centrale dans les problématiques de l'obésité apparaît comme un moyen d'apaiser les tensions, en imposant le silence, en tuant l'agressivité et le travail d'élaboration psychique qu'elle suppose. La souffrance est exilée du discours et est reléguée dans un lieu du corps enfoui. Le psychiatre, en tant qu'évaluateur, mais également thérapeute, doit accompagner le « faire », sans renoncer au « comprendre ». Car on ne saurait refuser catégoriquement la chirurgie bariatrique dans un positionnement dogmatique. Nier la demande de chirurgie en la refusant en bloc, c'est nier la demande d'un sujet. En tant que médecin, nous sommes préoccupés par le devenir de ces jeunes dont le destin d'obèse semble scellé, et ce dès le plus jeune âge. Si la chirurgie peut soulager un symptôme néfaste pour le sujet, mettant sa vie en péril -car c'est bien de cela dont il s'agit avec l'obésité morbide- elle doit pouvoir trouver sa place. Evaluer, accompagner avant la chirurgie bariatrique, pendant, puis après, durant la perte de poids et la disparition, ou au moins l'atténuation des symptômes tels que l'agir alimentaire sont les missions du pédopsychiatre de liaison spécialiste.

III. Etude rétrospective: Eléments psychopathologiques de l'obésité sévère de l'adolescent

1. Patients :

Il s'agit d'un travail rétrospectif, descriptif et monocentrique à partir des 35 observations cliniques d'adolescents obèses âgés de 12,3 ans à 17,7 ans candidats à la chirurgie bariatrique au CHU d'Angers sur la période de janvier 2007 -date de la mise en place du réseau- à décembre 2012.

Le « réseau obésité » du CHU d'Angers est constitué d'une équipe pluridisciplinaire composée de pédiatres, endocrinologues, chirurgiens pédiatres viscéraux, diététiciens, assistantes sociales, pédopsychiatres de liaison et médecins de réadaptation fonctionnelle pédiatriques. Il aborde le sujet central de l'obésité morbide de l'adolescent et s'articule autour de deux points principaux : le premier consiste en l'approche catégorielle de l'obésité morbide, approche qui repose sur sa définition, l'évaluation précise de ses comorbidités, son éventuel rattachement à une pathologie organique, son pronostic, le second consiste en l'approche dimensionnelle, visant à évaluer de façon plus subjective et singulière les aspects psychogénétiques, socioculturels ainsi que leurs conséquences sur la qualité de vie, la scolarité, la vie sociale. Ce projet a fait l'objet d'une rédaction détaillée et a été accepté par le Comité d'éthique du CHU qui a validé le projet ainsi que les indications de chirurgie bariatrique chez les grands adolescents.

L'anneau gastrique a été choisi comme option chirurgicale, du fait d'une faible morbidité, de sa réversibilité, et du caractère participatif qu'il réclame au jeune. Il est réservé aux adolescents à partir de 12 ans pour les filles et 13 ans pour les garçons avec un IMC supérieur ou égal à 40 kg/m^2 avec ou sans co-morbidités ou supérieur ou égal à 35 kg/m^2 avec comorbidités. Les contre-indications du geste opératoire sont de nature médicale, chirurgicale, mais aussi psychiatrique et cognitive.

L'entrée du jeune dans le réseau se fait à sa demande, elle est systématiquement contractualisée avec lui et ses parents, selon un cadre de soins bien défini et comportant :

- des consultations pédiatriques
- des consultations chirurgicales
- des consultations diététiques
- des consultations pédopsychiatiques

- un temps d'hospitalisation complète systématique d'une dizaine de jours pour réalisation des examens complémentaires, étude des répercussions de l'obésité sur le plan somatique, de la faisabilité d'une éventuelle chirurgie bariatrique. Durant ce séjour, il s'agit également de faire connaissance avec le jeune et d'évaluer ses capacités de séparation avec son environnement habituel, souvent problématique chez le jeune obèse.
- Un temps facultatif de séjour en centre de rééducation fonctionnelle d'environ trois mois dans le but d'amorcer une perte de poids dans des conditions de séparation et d'étayage suffisant. Des activités à médiation corporelle, approches psychomotrices individuelles, groupes de paroles et ateliers d'éducation thérapeutique diététique sont proposées durant l'hospitalisation.

Cette prise en charge qui s'inscrit dans la durée, se fonde sur une relation de confiance matérialisée par la signature d'un contrat de soins entre le jeune, ses parents et les soignants. L'ensemble des membres du réseau se réunit une fois par mois dans le but d'assurer et de maintenir la cohésion et la cohérence de l'organisation des soins, mais aussi d'échanger autour des situations de jeunes qui le nécessitent.

A l'issue de plusieurs mois (six au minimum), certaines décisions thérapeutiques, et notamment chirurgicale sont prises. Ce projet chirurgical fait l'objet d'un long travail de formation des chirurgiens, mais aussi de concertation au sein du réseau autour de la pertinence clinique d'un tel geste et des aspects éthiques qu'il convoque. L'équipe de pédopsychiatrie est impliquée à chaque étape du réseau pluridisciplinaire depuis sa mise en place. Son rôle est de participer activement aux propositions de soins et d'organisation, y compris en dehors des aspects psychiques à proprement parler, tout en occupant une place tierce susceptible de proposer un discours concentré non seulement sur la perte de poids, mais aussi sur l'obésité en tant que problématique intrasubjective dans sa dimension conflictuelle individuelle, mais aussi intersubjective, dans sa dimension dynamique notamment familiale.

La sélection des dossiers étudiés se faisait sur l'existence d'une consultation pédopsychiatrique consignée dans le dossier informatisé du CHU d'Angers. En effet, cette consultation était nécessaire dès lors qu'une indication opératoire était posée. Aucune chirurgie n'a été réalisée sans ce suivi pédopsychiatrique.

Tous les dossiers inclus dans le cadre de ce réseau de janvier 2007 à décembre 2012 ont été étudiés pour réaliser cette étude. Aucun dossier inclus dans le réseau obésité pour indication de chirurgie bariatrique n'a été exclu de cette étude.

Ce travail de thèse a été étudié et approuvé par le comité d'éthique du CHU d'Angers le 18 juillet 2013.

2. Méthode

Lorsqu'une consultation pédopsychiatrique était retrouvée dans le suivi du jeune inclus dans le réseau obésité du CHU d'Angers, un cahier de recueil était rempli de manière rétrospective à l'aide d'informations issues du dossier médical. Le dossier somatique était informatisé et le dossier pédopsychiatrique était en format manuscrit. Les jeunes suivaient un parcours de soins sensiblement similaires et de nombreuses données nécessaires à l'étude étaient recueillies de manière systématique par les différents intervenants.

Le cahier de recueil (Annexe 2), rassemblait pour chaque patient : les antécédents personnels somatiques, psychiatriques, les comorbidités en lien avec l'obésité, l'âge de survenue de la prise de poids, les signes de souffrance psychique, le rapport au corps, l'investissement psychothérapeutique. La compliance était évaluée de manière globale par les médecins du réseau en fonction de l'adhésion aux différents rendez vous imposés, les modifications alimentaires, et l'activité physique durant la prise en charge. Les troubles du comportement alimentaire, affects liés à l'alimentation, antécédents de prise en charge de l'obésité avec calcul du délai entre survenue du surpoids et prise en charge, activités physiques étaient consignés. La scolarité, le contexte socio familial avec niveau socio économique estimé en fonction des professions parentales, antécédents familiaux d'obésité et/ou de chirurgie bariatrique étaient pris en compte, de même que des événements ou difficultés familiales. Enfin, la demande de chirurgie était précisée (De qui émanait-elle ? Quelles en étaient les raisons principales ?). Pour les adolescents qui n'ont pas été opérés, les raisons de l'absence de prise en charge chirurgicale ont été étudiées, et l'évolution de l'IMC a été relevée dans les deux cas.

L'analyse statistique a été réalisée à partir du logiciel SPSS Statistics 17.0. Les données sont exprimées en moyenne ou en fréquence avec un intervalle de confiance de 95 %, une valeur de $p<0,05$ est considérée comme significative. La comparaison des moyennes des variables continues a été réalisée par le test t de Student, celle des variables continues et nominatives par l'analyse de variances (Anova) et celle des fréquences par variables catégorielles par le test du Chi².

3. Résultats

a. Données générales

Les caractéristiques d'âge d'entrée dans le réseau, de sexe, d'IMC sont résumées dans le *tableau I*.

Comorbidités :

88,6 % des adolescents, soit 31 adolescents sur 35 avaient au moins une comorbidité en lien avec leur obésité, 58,8 % des adolescents avaient au moins 1 comorbidité endocrinienne ou métabolique (19 un hyperinsulinisme traité, 1 un diabète, 2 patients une hyperandrogénie, 2 une stéatose et 3 une hypertension artérielle). La moitié du groupe avait au moins une comorbidité ostéoarticulaire. 54,3 % avaient une comorbidité respiratoire (45,7 % une dyspnée, et 8,6 % une dyspnée d'effort). Enfin, 34,3 % avaient un acanthosis nigricans. Ces pourcentages étaient sensiblement les mêmes selon le sexe : 88,2 % des filles et 88,9 % des garçons avaient des comorbidités.

Prises en charge antérieures de l'obésité :

82,9 % d'entre eux avaient déjà eu une prise en charge de leur obésité. 57,1 % avaient eu un suivi diététique, 71,4 % un suivi médical spécialisé, 51,4 % avaient déjà été hospitalisé dans le cadre de leur prise en charge. Parmi eux, 70,6 % avaient été hospitalisé une fois, 17,6 % deux fois et 11,8 % plus de deux fois.

L'âge de prise de poids se répartissait de 1 à 14 ans (2 données manquantes), la moyenne se situait à 4,8 ans ($s=3,34$). Pour ce critère, nous nous attachions au discours des parents et du jeune. Ce qui importait était de connaître, dans le discours, le moment de la vie où le poids de l'enfant a attiré l'attention des parents. Dans 71,9 % des cas, cette prise de poids a été rattachée spontanément à un événement marquant (3 données manquantes). Dans 37,5 % des cas, il s'agissait du divorce des parents, dans 12,5 % des cas, d'un décès parental, dans 20,8 % des cas, d'une hospitalisation de l'enfant pour maladie, de conflits familiaux ou scolaires dans respectivement 8,3 % et 8,3 % des cas, d'un changement de lieu de vie dans 4,2 % des cas et de l'apparition des règles dans 4,2 % des cas (soit pour une patiente).

Délai moyen avant la première prise en charge de l'obésité de l'enfant :

Il était de 7,5 ans entre la perception parentale du surpoids de leur enfant et la première consultation en rapport avec ce surpoids (2 données manquantes), le délai le plus

long était de 14 ans, le plus court était immédiat ($s=3,85$). Pour les garçons, le délai moyen était de 6,53 ans ($s=3,96$) contre 8,33 ans ($s=3,66$) chez les filles, la différence retrouvée n'était pas significative ($p=0,19$). Les délais les plus longs étaient significativement liés à la présence d'un surpoids chez au moins l'un des parents. (4,25 ans, $s=3,62$ contre 9,35 ans, $s=2,98$; $p=0,001$). Plus précisément, il apparaissait significativement un lien avec l'existence d'un surpoids paternel. En effet, lorsque le père était en surpoids, le délai moyen avant la première prise en charge était en moyenne de 10,36 ans ($s=2,62$). Il était de 5,63 ans ($s=3,61$) lorsque le père n'était pas en surpoids ($p=0,001$). Ce lien entre le délai avant la première prise en charge n'était pas significativement en lien avec un surpoids maternel. En effet, lorsque la mère était en surpoids, le délai moyen était de 8,09 ans ($s=2,77$), et il était de 7,23 ans ($s=4,90$) lorsque la mère n'était pas en surpoids ($p=0,61$). Il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne l'absence du père. Ainsi, lorsque le père était absent, le délai moyen était de 7,56 ans ($s=4,31$), contre 4,47 ans ($s=3,36$) lorsqu'il était présent ($p=0,95$). La présence d'antécédents psychiatriques diminuait significativement le délai moyen. Il était de 5,89 ans ($s=3,51$) lorsqu'il existait des antécédents psychiatriques contre 9,47 ans ($s=3,38$) lorsqu'il n'en existait pas ($p=0,006$).

Tableau I
Caractéristiques générales de la population étudiée

	Total	Min ; Max	Garçons	Filles	p
Nombre (%)	35		17 (51,4)	18 (48,6)	
Age (ans)	15,3 +/- 1,15	12,3 ; 17,7	14,9 +/- 1,27	15,7 +/- 0,89	<0,05
IMC (kg/m ²)	39,9 +/- 4,49	30,8 ; 48,6	39,0 +/- 4,85	40,7 +/- 4,08	Ns

ns : non significatif ; IMC : indice de masse corporelle ; Min : minimum ; Max : maximum.

b. Evaluation psychologique

ATCD psychiatriques :

54,3 % des adolescents avaient un ou des antécédents psychiatriques. Parmi eux, 28,6 % avaient présenté des symptômes évocateurs de dépression, 23,5 % avaient présenté des symptômes d'angoisse, 17,1 % des troubles du comportement, 8,6 % avaient déjà pratiqué des automutilations, 14,3 % avaient déjà eu des idées suicidaires. Un des adolescents avait un

trouble addictif aux jeux vidéo, et un adolescent présentait un déficit intellectuel léger syndromique. Un adolescent de la cohorte avait été adopté.

Souffrance psychique :

Dans 85,3 % des cas, une souffrance psychique au moment de la prise en charge était retrouvée (1 donnée manquante). 58,8 % des adolescents du groupe subissaient des moqueries (1 donnée manquante). 39,4 % avaient une baisse de l'estime de soi (2 données manquantes). 67,6 % une insatisfaction corporelle (1 donnée manquante). 45,5 % présentaient des symptômes de dépression (2 données manquantes), 35,3 % des symptômes d'angoisse (1 donnée manquante), 47,1 % se plaignait de solitude (1 donnée manquante) et 8,8 % ont présenté des idées suicidaires et/ou tentative de suicide durant le suivi (1 donnée manquante). Aucune différence significative n'était retrouvée selon le sexe, hormis pour l'insatisfaction corporelle, qui concernait davantage les filles que les garçons ($\text{Chi}^2=6,59$; $p=0,01$).

Les spécificités de la souffrance psychique de la population sont étudiées dans le *tableau II*.

Tableau II

Spécificités de la souffrance psychique de la population étudiée

	Souffrance psychique		p
	Oui	Non	
Nombre de patients (%)	29 (85,3)	5 (14,7)	
Antécédents psychiatriques (%)	19 (100)	0 (0)	$\text{Chi}^2=7,4$; $p < 0,05$
Difficultés familiales (%)	24 (82,8)	5 (17,2)	$\text{Chi}^2=8,6$; $p < 0,05$
Père absent (%)	14 (48,3)	15 (51,7)	$\text{Chi}^2=4,1$; $p = \text{ns}$
IMC (kg/m ²)	40,1 +/- 4,79	38,5 +/- 2,73	ns
Délai avant la prise en charge (ans)	7 +/- 3,54	9,6 +/- 5,18	ns

ns : non significatif ; IMC : indice de masse corporelle.

Comportement alimentaire :

Les troubles du comportement alimentaire sont décrits dans le *tableau III*. Au sein de la population étudiée, 70,6 % des garçons et 66,7 % des filles souffraient de TCA. Il n'y avait donc significativement pas plus de filles que de garçons souffrant de TCA ($\text{Chi}^2=0,062$; $p=0,803$).

Prise alimentaire et affects :

17,2 % des jeunes évoquaient le plaisir comme principale raison de la prise alimentaire, 13,8 % de l'ennui, 13,8 % mangeaient pour se réconforter, 6,9 % lorsqu'ils étaient en colère et 6,9 % par compulsion. Enfin, 41,4 % ne verbalisaient aucun affect en lien avec la prise alimentaire.

Rapport au corps :

30,8 % des jeunes verbalisaient avoir honte de leur corps, 19,2 % n'évoquaient jamais en entretien la question de leur apparence corporelle, 19,2 % se disaient « gênés » sur le plan physique ou pour l'habillement, 11,5 % paraissaient indifférents à leur apparence corporelle, 7,7 % ressentaient du dégoût. Enfin, 1 jeune se disait « triste » de son apparence, 1 était inquiet pour sa santé, et 1 tenait un discours de lucidité vis-à-vis de son apparence.

Concernant le rapport au corps et les affects en lien avec l'alimentation, aucune question, aucun formulaire n'était rempli, seul le discours spontané du jeune était recueilli.

Tableau III

Caractéristiques des troubles du comportement alimentaire de la cohorte

TCA	Total	Garçons	Filles	p
Nombre de patients (%)	24 (68,6)	12 (50)	12 (50)	Chi ² =0,06 ; p = ns
Hyperphagie (%)	23 (65,7)	12 (52,2)	11 (47,8)	Chi ² =0,35 ; p = ns
Boulimie (%)	6 (17,1)	4 (66,7)	2 (33,3)	Chi ² =0,95) ; p= ns
Anorexie (%)	2 (5,7)	0 (0)	2 (100)	Chi ² =2,0 ; p = ns
Compulsion (%)	7 (20)	5 (71,4)	2 (28,6)	Chi ² =1,83 ; p = ns
Sweet drinking (%)	8 (22,8)	3 (37,5)	5 (62,5)	Chi ² =0,51 ; p= ns
Tachyphagie (%)	4 (11,4)	2 (50)	2 (50)	Chi ² =0,004 ; p = ns
Hétéroagressivité (%)	6 (17,1)	5 (83,3)	1 (16,7)	Chi ² =3,5 ; p = ns

ns : non significatif ; TCA : trouble du comportement alimentaire.

c. Situation familiale et sociale

Surpoids parental :

23,1 % des jeunes avaient 2 parents en surpoids ou obèses, 69,2 % avaient au moins un parent en surpoids ou obèse et 30,8 % n'avaient aucun parent en surpoids ou obèse.

ATCD fam de chir bariatrique :

Huit adolescents, soit 24,2 % de la cohorte avaient des antécédents familiaux de chirurgie bariatrique (2 données manquantes). Pour trois d'entre eux, il s'agissait de l'un des parents, puis d'une cousine, tante et belle-mère. Pour l'un d'entre eux, la mère était prise en charge pour une chirurgie bariatrique en même temps que le jeune.

Environnement familial :

Concernant l'environnement familial, 74,3 % avaient éprouvé ou éprouvaient des difficultés familiales. 54,3 % avaient vécus un divorce parental, 28,6 % des troubles mentaux familiaux, dans 11,4 % des cas, étaient retrouvés des carences et/ou maltraitance. Pour un jeune un abus sexuel dans l'enfance était questionné, quatre jeunes avaient une mère ou un père malade (deux mères atteintes de cancer, une mère d'une maladie de Parkinson, et un père atteint d'un cancer). Un jeune était placé en foyer suite à des conflits majeurs avec sa mère.

Pour 42,9 % des patients, le père était « absent » (soit décédé pour trois d'entre eux, parti de la maison et ne donnant plus de nouvelles, ou n'étant pas connu de l'enfant).

Catégorie socio professionnelle des parents :

Seuls 11 dossiers ont fourni ces informations. 45,5 % des mères étaient sans activité professionnelle, 27,3 % étaient ouvrières, 18,2 % étaient employées et 9,1 % (soit 1 mère), était cadre, professions intellectuelles supérieures. 63,6 % des pères étaient ouvriers, et se répartissaient en parts égales de 9,1 % (soit 1 père) un agriculteur, un cadre, un employé et un père sans profession.

Le niveau socio-économique

En fonction du regroupement des catégories socioprofessionnelles, le niveau socio économique était bas dans 54,5 % des cas, moyen dans 36,4 % des cas et haut dans 9,1 % des cas.

Scolarité :

Concernant la scolarité, 88,6 % des adolescents de notre cohorte était scolarisés. Elle était normale dans 71,4 % des cas. Un adolescent était en cours avec le CNED, quatre en Maison Familiale Rurale, un en IMPro, un en SEGPA, et deux étaient déscolarisés. 20 % des adolescents de notre cohorte avaient un antécédent de déscolarisation et 28,6 % avaient un antécédent de déscolarisation ou changement d'établissement en lien avec l'obésité. Il n'y

avait pas de lien entre le degré de l'IMC du jeune et une déscolarisation mise en lien avec l'obésité ($p=0,18$).

d. Prise en charge dans le réseau

Délais moyens :

Le délai moyen entre la consultation d'entrée dans le réseau et la chirurgie était de 16,49 mois [3,44 ; 35,05] ($s=9,30$). Le délai moyen entre l'entrée dans le réseau et la consultation pédopsychiatrique était de 5,30 mois [0,03 ; 26,72] ($s=7,56$). Le délai entre la première consultation pédopsychiatrique et la chirurgie était en moyenne de 13,39 mois [1,84 ; 34,43] ($s=7,96$).

Investissement psychothérapique

Il était bon dans 34,3 % des cas, médiocre dans 34,3 % des cas et inexistant dans 31,4 % des cas. L'investissement psychothérapique n'était pas relié significativement à l'existence d'une souffrance actuelle ($\text{Chi}^2=3,32$; $p=0,19$) ou à l'existence d'antécédents psychiatriques ($\text{Chi}^2=4,72$; $p=0,09$). L'investissement psychothérapique était comparable entre les sexes : 35,3 % des garçons avaient un bon investissement contre 33,3 % des filles, un investissement inexistant pour 41,2 % des garçons et 22,2 % des filles, et médiocre pour 23,5 % des garçons et 44,4 % des filles ($\text{Chi}^2=2,125$; $p=0,346$).

Compliance au programme du réseau

Elle était très bonne dans 25,7 % des cas, bonne dans 20 % des cas, moyenne dans 34,3 % des cas et mauvaise dans 20 % des cas. 61,1 % des filles avaient une compliance bonne ou très bonne pour seulement 29,4 % des garçons. La différence entre les deux groupes était à la limite de la signification ($\text{Chi}^2=3,54$; $p=0,060$). Par ailleurs, le pourcentage d'adolescents pratiquant une activité sportive est passé de 31,4 % avant la prise en charge à 71,4 % pendant la prise en charge.

Il n'y avait pas de différence significative concernant la compliance selon que la demande émanait du jeune ou pas. Ainsi, lorsque la demande émanait du jeune, elle conduisait à une bonne ou très bonne compliance dans 62,5 % des cas, contre mauvaise ou moyenne dans 42,1 % des cas. Et lorsque la demande n'émanait pas du jeune, la compliance était mauvaise ou moyenne dans 57,9 % des cas contre bonne ou très bonne dans 37,5 % des cas. ($\text{Chi}^2=1,446$; $p=0,229$)

Chirurgie :

L'âge moyen au moment de la réalisation du geste chirurgical était de 17,15 ans. Le plus jeune adolescent opéré avait 16,08 ans, et le plus âgé, 18,02 ans ($s=0,71$). Les éléments décisionnels concernant la chirurgie sont décrits dans le *tableau IV*.

Il existait une différence significative en ce qui concerne le sexe des patients opérés. Ainsi, 67 % des filles prises en charge étaient opérées, tandis que seulement 23,5 % des garçons pris en charge étaient opérés ($\text{Chi}^2=6,56$; $p=0,010$).

La demande de chirurgie émanait dans 54,3 % des cas du jeune, 11,4 % des parents, et 51,4 % des médecins. Lorsque la chirurgie avait lieu, dans 62,5 % des cas, la demande émanait du jeune, contre 37,5 % du médecin ou des parents. Cette différence était certes importante mais n'était pas significative ($\text{Chi}^2=1,446$; $p=0,229$).

Quand la chirurgie n'avait pas lieu, elle était due dans 26,3% à des motifs psychiatriques, dans 15,8% à des raisons socio-familiales, dans 57,9% des cas à une compliance insuffisante.

Les motifs de recours à la chirurgie étaient esthétiques dans 40 % des cas, relationnels dans 37,1 % des cas, fonctionnels dans 40% des cas.

Tableau IV

Eléments décisionnels concernant la chirurgie

Chirurgie	Oui	Non	p
IMC initial	40,15 +/- 4,44	39,64 +/- 4,63	ns
Comorbidités (%)	15 (48,4)	16 (51,6)	$\text{Chi}^2=0,78$; $p = \text{ns}$
Antécédents psychiatriques (%)	9 (47,4)	10 (52,6)	$\text{Chi}^2=0,05$; $p = \text{ns}$
Souffrance psychique (%)	15 (51,7)	14 (48,3)	$\text{Chi}^2=1,17$; $p = \text{ns}$
Compliance bonne ou très bonne (%)	13 (81,3)	3 (18,8)	$\text{Chi}^2=15$; $p \leq 0,0001$
Investissement psychothérapeutique bon (%)	9 (75)	3 (25)	$\text{Chi}^2=8,23$; $p < 0,02$

ns : non significatif ; IMC : indice de masse corporelle.

Pourcentage de perte d'excès de poids

L'IMC le jour de la chirurgie pour les jeunes opérés était de 40,62 [33,6 ; 50,1], ($s=4,40$; $n=16$) contre 40,15 à l'entrée dans le réseau.

Le pourcentage de perte d'excès de poids dans le groupe opéré avant et après chirurgie est décrit dans le *tableau V*.

Pour le groupe n'ayant pas été opéré, le pourcentage de perte d'excès de poids était de 7,73 % [-24,14 ; 76,67] ($s=23,28$; $n=17$) à 6 mois du début de la prise en charge dans le réseau, et il était de 0,43 % [-28,76 ; 38,26] ($s=19,29$; $n=12$) à 12 mois de celui-ci.

Il existait une différence significative en ce qui concerne le pourcentage de perte d'excès de poids à 6 mois ($p=0,003$) et à 12 mois ($p=0,001$) après respectivement le geste chirurgical pour les opérés, et l'entrée dans le réseau pour les non opérés.

Nous n'avons pas pu mettre à jour de manière significative des éléments prédictifs quant à la perte de poids au sein de notre cohorte. Un élément de résultat nous apparaît toutefois important à signaler, bien que celui-ci ne soit pas à l'origine d'une différence significative. Nous avons analysé le pourcentage de perte de poids à 6 mois et 12 mois dans les groupes opérés et non opérés en fonction de l'absence paternelle. On constatait alors que lorsque le père était absent, le pourcentage de perte de poids à 6 mois était de 18,8 % ($s=21,37$). Il était de 20,5 % ($s=28,62$) lorsque le père était présent ($p=0,85$). A 12 mois, le pourcentage de perte d'excès de poids était de 23,1 % ($s=41,64$) contre 26,8 % ($s=34,06$) lorsqu'il était présent ($p=0,81$).

Tableau V

Pourcentage de perte d'excès de poids dans le groupe opéré

PPEP	Total	Garçons	Filles	p
Avant (n)	-11,90 +/- 43,67 (16)	-24,1 +/- 81,07 (4)	-6,75 +/- 27,01 (12)	ns
M6 (n)	32,6 +/- 20,96 (16)	37,1 +/- 22,65 (4)	31,0 +/- 21,19 (12)	ns
M12 (n)	45,96 +/- 36,51 (14)	60,1 +/- 53,64 (4)	40,3 +/- 29,0 (10)	ns
M18 (n)	42,84 +/- 40,67 (8)	77,2 +/- 81,0 (2)	31,4 +/- 19,33 (6)	ns
M24 (n)	51,04 +/- 42,46 (7)	65,6 +/- 59,1 (3)	40,08 +/- 30,01 (4)	ns

ns : non significatif ; PPEP : pourcentage de perte d'excès de poids ; n : nombre de sujets ; Avant : avant la chirurgie ; Mn : à n mois de la chirurgie.

4. Limites

Les limites de cette étude incluent l'échantillon de petite taille, et le manque d'un groupe contrôle. Aussi, nous n'avons utilisé aucune échelle ni questionnaires. Enfin, une étude prospective à plus long terme semble nécessaire afin de poursuivre les recherches dans ce domaine encore novateur en France et Outre-Atlantique.

IV. Discussion

1. Données de l'étude

Notre échantillon était assez homogène. Le sex ratio était de 1 garçon pour 1 fille, ce qui correspond aux données connues de quasi parité de l'obésité entre les deux sexes à l'adolescence. Les garçons étaient en moyenne plus jeunes au moment de l'entrée dans le réseau. L'IMC moyen au début de la prise en charge dans le réseau était de 39,9 kg/m², aussi, un grand nombre d'adolescents présentaient des comorbidités somatiques en lien avec leur obésité. Enfin, beaucoup d'adolescents avaient des antécédents de prise en charge antérieure, la plupart avaient déjà été hospitalisés pour leur problème de poids. Ces éléments viennent corroborer ceux de la littérature, et correspondent aux recommandations actuelles en ce qui concerne l'indication à la prise en charge chirurgicale de l'obésité chez l'adolescent. La chirurgie ne doit être envisagée qu'en cas d'IMC élevé, avec présence de comorbidités, et après une prise en charge médicale bien conduite.

Nous avons retrouvé qu'une importante proportion de sujets faisait le lien entre le début de leur prise de poids et un événement de vie marquant. Ces événements étaient décrit la plupart du temps comme traumatiques et corroboraient l'hypothèse d'une hyperphagie compensatrice chez ces patients.

Le délai moyen avant la prise en charge spécifique du surpoids de l'enfant était très long. Parmi les facteurs qui entrent en jeu, deux semblent jouer un rôle particulier. Le premier est physiologique : la prise de poids est progressive, l'enfant passe de bel enfant à un peu rond, de rond à trop gros puis obèse. Le second nous semble lié à l'existence d'un déni, ou bien d'une tolérance familiale face au surpoids. Il est intéressant de constater que c'est le surpoids paternel qui crée la différence significative. C'est en effet lorsque le père est en surpoids qu'un plus long délai avant la prise en charge est retrouvé, et ceci de manière

significative. On peut se questionner sur ces résultats. Une hypothèse pourrait être, comme nous l'avons vu, la plus grande tolérance sociale au surpoids masculin que féminin. Un homme en surpoids sera qualifié de « charpenté » ou de « costaud ». A l'inverse, une femme sera qualifiée plus aisément de « forte », ou même de « grosse ». Les pères auraient ainsi plus tendance à banaliser le surpoids de leur enfant quand eux-mêmes sont obèses en les considérant davantage comme forts, bien portants, bons vivants, que tout simplement gros. Valorisés, ou en tout cas peu stigmatisés, ils pourraient avoir tendance à banaliser le surpoids de leur enfant. Le surpoids serait par ailleurs plus longtemps toléré chez les filles, bien qu'aucune différence significative n'ait été retrouvée. Ces deux résultats peuvent apparaître contradictoires. Pourtant, nous évoquons l'hypothèse qu'il existe une différence de jugement sur le surpoids selon l'âge du sujet. Ainsi, il est possible que dans l'enfance, le surpoids des filles soit davantage toléré que celui des garçons, contrairement à ce que l'on observe à l'âge adulte. Des stéréotypes, certes anciens, mais toujours d'actualité dans l'inconscient collectif pourraient en effet expliquer le phénomène. Par exemple, les filles seraient plus enclines à pratiquer des activités calmes, tandis que les garçons auraient des attirances certaines pour la dépense physique, le sport, etc. Ainsi, un garçon en surpoids serait plus vite repéré car en difficultés dans ce type d'activités, ou ne les pratiquant pas. Enfin, l'absence du père conduisait sans différence significative à un délai plus long avant la prise en charge spécialisée. Ces données nécessiteraient d'autres études afin de confirmer ces résultats et analyses.

Du point de vue psychologique, la moitié de la cohorte présentait des antécédents psychiatriques. Cela démontre un lien important entre les comorbidités psychiatriques et l'obésité. Des études complémentaires pourraient étudier les liens de causalité ou de conséquences entre ces deux entités. Une proportion très importante de sujets présentait une souffrance psychique lors de la prise en charge dans le réseau. Nous avons constaté une part importante de moqueries, mais également de dépression, d'insatisfaction corporelle et de baisse de l'estime de soi. Cette souffrance était évaluée par le pédopsychiatre durant les consultations systématiques mises en place. Cet élément doit attirer notre attention sur la vulnérabilité de ces jeunes patients obèses, et atteste l'importance du suivi psychiatrique.

On retrouvait également une grande proportion de troubles du comportement alimentaire dont une majorité d'hyperphagie. Dans le DSM 5, l'obésité et l'hyperphagie sont reliées, se distinguant toutefois en trois points. D'abord, le poids des sujets obèses hyperphages est plus élevé que celui des individus obèses non hyperphages. Ensuite, les

comorbidités psychiatriques sont significativement plus fréquentes chez les obèses hyperphages, enfin, le succès de la prise en charge de l'hyperphagie ne semble pas entraîner de succès quant à la perte de poids. Nous avons recherché ces éléments d'appariement. En ce qui concerne le poids des sujets hyperphages et le poids des sujets non hyperphages, nous n'avons pas retrouvés de différence significative. Ainsi, l'IMC moyen des sujets hyperphages était de 40,58 kg/m² ($s=4,75$), contre 39,5 kg/m² ($s=4,41$) chez les sujets non hyperphages ($p=0,51$). Pour les comorbidités psychiatriques, évalués selon la présence d'antécédents psychiatriques ou de la présence d'une souffrance psychique actuelle, aucune différence significative n'était retrouvée.

Peu d'affects étaient élaborés en lien avec la prise alimentaire, cet aspect va dans le sens du fonctionnement opératoire décrit chez les patients obèses, avec une élaboration psychique pauvre autour du symptôme.

Les adolescents présentaient une dévalorisation de l'image corporelle, évoquant de la honte, du dégoût. Le discours à l'égard du corps était alors souvent violent. D'autres jeunes exprimaient encore peu d'affects, semblaient indifférents, ou n'évoquaient jamais cette question en entretien.

Du point de vue familial et social, une grande majorité de patients avaient au moins un parent obèse ou en surpoids, ce qui est en adéquation avec les hypothèses génétiques et environnementales actuelles. Un peu plus de 20 % des adolescents de la cohorte avaient un antécédent familial de chirurgie bariatrique. Des difficultés familiales étaient fréquemment retrouvées. Parmi elles, de nombreux divorces parentaux, mais aussi des troubles mentaux. Parmi eux, on retrouvait trois cas d'alcoolisme paternel et un cas d'alcoolisme maternel, deux dépressions paternelles avec tentative de suicide pour l'un d'eux, deux suicides paternels dont un est survenu durant la prise en charge du jeune dans le réseau, une dépression du post partum, un cas de syndrome Prader Willi avec troubles du comportement, et un cas de suicide maternel.

Un grand nombre de pères était absent. Nous nous questionnons sur le lien entre l'absence d'un tiers paternel, et la genèse de l'obésité dans l'enfance des jeunes obèses. D'autres études sont nécessaires pour approfondir cette hypothèse.

Bien que disposant de peu de données, le niveau socio économique retrouvé était principalement bas et moyen, ce qui correspond aux données actuelles en ce qui concerne l'obésité et sa plus grande proportion dans les milieux socio économiques défavorisés.

Du point de vue de la scolarité, une proportion importante d'adolescents avaient été déscolarisée en lien avec leur obésité, ce qui attire notre attention sur l'importance de la pression sociale et de la stigmatisation à leur égard, mais également sur leur capacité à faire face aux difficultés de rapport à leurs pairs.

Concernant la prise en charge dans le réseau, les délais moyens sont en faveur d'une prise en charge longue et attentive, avec suivi pédopsychiatrique long avant d'envisager le geste chirurgical. Le délai le plus court entre la consultation pédopsychiatrique et la chirurgie est expliqué par la présence d'un suivi psychologique par un psychologue libéral depuis plusieurs mois avant la prise en charge dans le réseau. Par ailleurs, pour le calcul des délais en lien avec la consultation pédopsychiatrique, un patient, suivi par le pédopsychiatre du réseau obésité pendant 12 mois avant d'être admis a été retiré afin de ne pas fausser les calculs de moyenne de délai en les allongeant.

L'investissement psychothérapique et la compliance ont été évalués. La compliance était évaluée selon les éléments du dossier, avec lecture des comptes rendus des réunions du réseau et courriers. Elle comprenait la participation aux ateliers sportifs, l'assiduité aux rendez vous avec les différents professionnels, ainsi que le suivi des conseils et règles hygiéno diététiques. Les garçons apparaissaient moins compliant que les filles. Ce résultat était à la limite de la signification. Nous devons analyser plus finement, dans la pratique, les déterminants de cette moindre compliance chez les garçons du réseau.

Concernant la chirurgie, les IMC initiaux ne différaient pas significativement selon le groupe opérés ou non. Il ne semblait donc pas que l'IMC soit un critère pour la chirurgie. Ce résultat est certes intéressant, mais nous devons considérer que notre cohorte présente des IMC assez comparables, s'étalant de 30,8 à 48,6. Cette différence non significative est donc à nuancer en fonction de notre échantillon de jeunes patients comparables au départ car admis dans le réseau selon des critères équivalents en terme de poids notamment.

Les filles étaient plus opérées que les garçons. Aussi, les patients qui avaient une bonne et très bonne compliance, de même que ceux qui avaient un bon investissement psychothérapique étaient plus opérés. Ces résultats sont à mettre en lien avec la moindre compliance masculine retrouvée dans notre cohorte. Nous devons veiller à améliorer la compliance masculine, car il est possible que les jeunes garçons du réseau soit moins opérés en raison de cette moindre compliance et que de fait, on puisse considérer qu'un garçon représente une perte de chance pour la chirurgie. Il faut noter par ailleurs, que le plus jeune

âge des garçons du réseau peut être également un facteur à discuter comme interagissant avec la faible compliance.

Concernant la perte de poids, nous avons calculé pour chaque adolescent le pourcentage de perte d'excès de poids. Il était calculé en fonction d'un « poids souhaitable », correspondant pour les adolescents obèses morbides à un IMC de 25 kg/m². L'excès de poids se calculait selon la formule [(Poids actuel – Poids souhaitable) / Poids souhaitable]. La formule pour le calcul du pourcentage de perte d'excès de poids était [(Poids initial – Poids idéal théorique) – (Poids atteint – Poids idéal théorique)] / (Poids initial – Poids idéal).

Les pourcentages de perte de poids à 18 mois étaient satisfaisants au vu des objectifs de perte de poids du réseau et la perte de poids se poursuivait à 24 mois de la chirurgie, ce qui est encourageant. On constate que les garçons avaient perdu plus de poids que les filles à partir de 12 mois de l'intervention chirurgicale, bien qu'aucune différence significative ne soit retrouvée. Cela renforce l'idée d'une attention particulière à apporter aux garçons inscrits dans le réseau, qui sont moins opérés que les filles, mais pour lesquels la chirurgie, en terme de perte de poids, semble avoir de meilleurs résultats.

Les jeunes opérés perdaient en moyenne plus de poids que les jeunes non opérés à 6 et 12 mois. La technique chirurgicale a donc été plus efficace que la prise en charge médicale seule en terme de pourcentage de perte de poids à 6 et 12 mois. La comparaison de nos groupes est toutefois à nuancer, car les jeunes opérés bénéficiaient également d'un suivi médical au sein du réseau avant la chirurgie. Toutefois, nous nous sommes attachés au poids au moment de la chirurgie, considérant qu'il s'agissait là du poids basal nous permettant de comparer méthode chirurgicale et médicale. De plus, les jeunes, nous l'avons vu, n'avaient pas perdu de poids lors de leur prise en charge médicale avant la chirurgie. Dès lors, on ne peut pas considérer que les jeunes opérés avaient déjà commencé à perdre du poids et que la chirurgie apparaissait comme la continuité d'une perte de poids amorcée.

Les adolescents en attente de chirurgie avaient en moyenne pris du poids à hauteur de 11,90 % de leur excès de poids, entre l'entrée dans le réseau et la date de la chirurgie. Les garçons ont en moyenne pris plus de poids que les filles durant cette période sans différence significative. L'absence de perte de poids durant le suivi a pu être un argument supplémentaire pour la chirurgie, aussi, le jeune sachant qu'il allait être opéré a pu se démotiver. Une étude comparative du poids entre le moment de la prise en charge et le moment où le jeune apprend qu'il va se faire opérer serait éclairante à ce propos.

Le groupe des sujets dont le père était absent semblait avoir en moyenne perdu moins de poids que les autres, cette différence non significative était retrouvée également lorsque l'on séparait le groupe opéré du groupe non opéré. Ces résultats, bien que n'étant pas à l'origine d'une différence significative doivent attirer notre attention sur un éventuel élément prédictif en terme de perte de poids, avec nécessité d'une attention accrue à l'égard des jeunes dont le père est absent.

Il est nécessaire d'étendre les recherches sur le long terme, afin de connaître le devenir pondéral de ces adolescents à l'âge adulte. De même, une étude sur le devenir psychique à long terme de ces jeunes apparaît nécessaire.

2. La clinique de la perte

Lorsque l'on rencontre un patient obèse, on est interpellé par le trop, l'excès. Face à ce constat, la question de la perte de celui-ci est abordée nécessairement. Les patients et les médecins en font un discours commun. Il s'agit de perdre ce poids en trop. Perte qui souvent échoue. Nous l'avons vu, le symptôme persiste, malgré tous les régimes et activités sportives. Il persiste malgré tout or il est saisissant de constater à quel point la question de la perte est également convoquée sur le plan psychique dans l'obésité.

Ainsi nous constatons dans notre cohorte d'adolescents l'importante prévalence de décès, notamment paternel, ou encore de divorce parental, ayant conduit à la prise de poids. La question de la perte d'un objet aimé apparaît difficilement élaborable sur le plan psychique pour ces patients. Y aurait-il dans l'obésité également un « raté » de la perte sur le plan psychique, en miroir de l'échec de la perte physique de ce poids en trop ?

Cette problématique de perte est également présente dans les symptômes alimentaires présentés par ces jeunes patients. En effet, ces troubles ont longtemps été assimilés à des avatars de l'oralité, signes de fixation à cette étape archaïque du développement. Aussi, la boulimie ou l'hyperphagie peuvent être comprises comme des régressions de la génitalité à l'oralité. Il s'agirait d'un déplacement sur la sphère oro-digestive d'un conflit libidinal en rapport avec la sexualité génitale, avatar de la sexualité génitale dont on sait qu'y accéder s'avère consubstantiel de l'élaboration de la perte et du deuil de la sexualité infantile. Enfin, avec l'essor des troubles narcissiques, ces symptômes alimentaires apparaissent de nos jours au carrefour des problématiques narcissiques et des addictions. Là encore, la problématique de séparation ou de deuil d'objet impossible à réaliser fait jour. En l'absence de capacité

d'introjection, ce deuil impossible entraînerait des pratiques incorporatives, notamment chez des patients marqués par des carences narcissiques, des souffrances identitaires et des difficultés d'élaboration psychique. Ceci renvoie à la fonction de décharge de la souffrance psychique dans le registre comportemental voire corporel. L'agir alimentaire devient une solution inconsciente à la fonction à la fois défensive et régressive, une conduite visant à contre-investir l'éprouvé de perte.

3. L'agir alimentaire, réponse à une pensée opératoire ?

Nous constatons dans notre cohorte une grande proportion de sujets, environ 2/3, avec un investissement psychothérapeutique médiocre voire inexistant. Cet investissement précaire peut être dû à de multiples facteurs dont deux ont attiré notre attention. D'abord, le suivi psychothérapeutique ne constitue pas un choix mais une prise en charge obligatoire et imposée au jeune patient s'il souhaite s'engager dans une démarche telle qu'une prise en charge chirurgicale. Ensuite, on a pu remarquer, notamment en début de prise en charge psychothérapeutique, l'existence d'un fonctionnement psychique opératoire pour ces jeunes patients, tel que cela a été décrit dans la littérature (40). Ce concept a été présenté par M'Uzan et Marty de l'Ecole de Psychosomatique de Paris au congrès de Barcelone en 1962 (41), la pensée opératoire désigne une modalité de fonctionnement mental qui repose sur l'absence de symbolisation (mentalisation) et qui peut se traduire par des symptômes psychosomatiques à différencier de ceux de l'hystérie. Les patients mobilisant une pensée opératoire ont des difficultés à exprimer leurs affects, à élaborer les conflits ou à les refouler. Leur discours apparaît factuel, collé à la réalité. Elle induit dans le mode de communication à l'autre "une relation blanche" (42) : le contact établi n'en est pas un. Le malade est alors présent mais vide. À ce terme de pensée opératoire, on peut y ajouter celui d'alexithymie, défini en quatre points : une difficulté à identifier et à distinguer les états émotionnels, une difficulté à les verbaliser à autrui, une vie fantasmatische réduite et un mode de pensée tourné vers les aspects concrets de l'existence au détriment de leurs aspects affectifs ou "pensée opératoire" (43).

Chez les adolescents obèses, il existe fréquemment une difficulté de mentalisation et d'élaboration avec court-circuitage des processus de mentalisation par la recherche prévalente d'une satisfaction orale, cette problématique autour de l'oralité pouvant être liée aux expériences alimentaires précoces. Nous constatons également dans ce contexte la non

verbalisation d'affects reliés à l'alimentation dans le discours de nos patients. Face au symptôme, pas d'élaboration, l'affect est recouvert par le symptôme alimentaire.

Nous avons pu repérer, dans la littérature et dans notre cohorte, qu'une plainte fréquente était les moqueries des pairs, souvent à l'origine de la demande de soins pour nos jeunes patients, qui survenait d'ailleurs longtemps après que le problème de poids ait été repéré dans la famille (44). Finalement, en se moquant, l'autre vient pointer le symptôme (l'obésité et son corollaire l'hyperphagie ou agir alimentaire) faisant émerger la souffrance, à l'origine de la plainte et de la demande. Tout se passe comme si sans l'autre, rien n'aurait été dit et tout cela n'aurait pas eu de fin. Sans le savoir, c'est l'autre qui nomme la souffrance de l'obèse. Il convient toutefois de différencier ici l'intérêt de la rencontre avec un autre capable de pointer une différence susceptible de faire émerger une demande, de la discrimination hautement destructrice dont certains sujets obèses font parfois l'objet. Pourtant, le symptôme obésité semble tellement lié à une souffrance psychique qu'il apparaît difficile voire impossible de le pointer sans faire émerger une souffrance intense, parfois à l'origine d'un vécu discriminatoire pour le sujet.

Au cours de la prise en charge psychothérapeutique, nous avons constaté que certains patients élaborent, mentalisent nombre de leurs conflits, mais restent pour autant obèses. La question de la mentalisation se pose donc peut être davantage du côté de son « inefficacité », plutôt que de son absence. La fonction salvatrice du symptôme pour le sujet semble à ce point puissante que celui-ci ne pourrait se résoudre à perdre cet aménagement comportemental symptomatique, et ce malgré un travail d'élaboration psychique, de symbolisation, par le langage, des souffrances affectives sous-jacentes à ce trouble. Dans l'obésité, le corps, via l'« agir pondéral, l'agir hyperphagique » aurait-il « son mot à dire » ? Qu'est ce qui, chez le sujet, a tant besoin d'être incarné (du latin *incarnus*, dans la chair), de rester inscrit dans le corps, malgré un travail d'élaboration ? (30)

Il nous semble que pour ces adolescents, la souffrance est au moins en partie niée, reléguée au second plan, enfouie sous le « manger ». La souffrance induit le « manger », le « manger » l'obésité, l'obésité les moqueries, et les moqueries suscitent la plainte. Lorsque l'on rencontre ces adolescents, ils déplorent les moqueries, questionnent l'obésité, le « manger », mais accèdent rarement à leur souffrance. C'est comme si l'adolescent ne s'entendait pas souffrir. Nous avons pu ainsi constater, au cours de nos suivis, la difficulté de ces jeunes à considérer l'importance de leur parole, le « poids des mots » prononcés. Faute de considérer leurs propres paroles comme ayant un véritable poids, une vraie valeur,

partageable avec l'autre, le corps viendrait colmater dans le réel de la chair cette faille narcissique.

4. L'après chirurgie : perte de poids et transformations corporelles.

Après l'intervention chirurgicale, la perte de poids est parfois rapide et importante. Elle devance souvent les capacités de représentation du sujet. Le « temps corporel » n'est pas le « temps psychique ». La chirurgie peut provoquer un bouleversement de l'homéostasie psychique tout en réactualisant les conflits psychiques sous-jacents et mettre les sujets dans une difficulté d'adaptation à leur « nouveau » corps fortement modifié par l'amaigrissement (45,46). Si l'on considère l'obésité comme un aménagement défensif, la perte rapide de cet aménagement risque de mettre le patient en péril psychique, les tensions internes devant trouver une autre voie d'expression, dont les échecs et certaines complications secondaires pourraient en être les conséquences. Lors des prises en charge en chirurgie bariatrique, on ne saurait ignorer cette idée, d'autant que plusieurs études relatent des complications psychiques suite aux interventions de chirurgie bariatrique (38,39). Certaines complications ou absence de perte de poids nous montrent que ce corps ne se laisse pas annuler sans faire retour sous une forme ou sous une autre (47). D'ailleurs, de nombreux patients évoquent une difficulté à s'habituer à leur « nouveau corps ». La notion d'« image du corps » est en effet à distinguer de celle de « schéma corporel ». Le schéma corporel est préconscient et sa base est neurologique, prenant naissance sur des informations perceptives. L'image du corps, quant à elle, prend naissance sur la base des expériences affectives des individus. Elle désigne le corps dans sa singularité de ce qu'il a vécu, connu, et le place du côté de la subjectivité (48). L'image du corps est inconsciente et sa base est affective, elle est le moyen premier de la relation à autrui et s'origine très tôt dans la vie de l'enfant, lorsque son attention, durant son développement, est attirée sur des zones différentes de son corps, et notamment celles servant d'échange avec l'entourage (bouche, regard...). L'image du corps constitue alors une base à partir de laquelle l'individu va créer sa représentation de soi qui lui permettra de se reconnaître par rapport à lui-même et par rapport aux autres. Or lorsque surviennent d'importantes modifications corporelles, l'image du corps doit aussi se transformer (45). C'est dans ce contexte que peuvent être compris les fréquents écarts entre les modifications corporelles et l'image de soi négative persistante. Ainsi qu'on le constate souvent en clinique, on peut retrouver des conduites de camouflages, ou encore l'incapacité à s'acheter des

vêtements à la bonne taille, tant la « trace » de l’obésité persiste dans la psyché (49,50). Il s’agit donc non seulement de rencontrer le sujet et d’éliminer d’éventuelles contre indications, mais aussi et surtout d’accompagner le sujet dans cette période propice à un travail d’élaboration de la perte (narcissique et objectale) et à un travail de deuil, en parallèle de l’amaigrissement.

Que peut-on attendre de la prise en charge chirurgicale précoce de ces patients ? Au moment de l’adolescence pour le sujet obèse, le corps ne se transforme pas, ou peu, du fait même de l’obésité. Avec la perte de poids, le sujet va à la rencontre de ce « corps enfoui ». Les formes féminines ou masculines apparaissant progressivement, l’adolescent retrouve ou découvre une identité corporelle sexuée, dans cette période propice aux transformations. Nous formulons l’hypothèse qu’une approche somatique concrète, parfois chirurgicale, à l’adolescence serait particulièrement justifiée par cette rencontre entre transformations attendues et transformations provoquées. Des études complémentaires, à plus long terme sur les implications physiques et psychiques de la chirurgie de l’obésité à l’adolescence, pourront permettre de répondre à cette interrogation.

Aussi, après la chirurgie, le symptôme alimentaire est progressivement supprimé, en effet, l’incorporation de grandes quantités d’aliments devient impossible pour le patient avec le gonflage de l’anneau. Nous l’avons vu, le recours à l’agir alimentaire court-circuite la pensée du patient obèse. Lorsque ce recours n’est plus utilisable, la pensée est de fait à nouveau sollicitée. Le travail psychothérapeutique doit permettre l’élaboration des affects jusque là occultés par l’agir alimentaire. Laisser le sujet seul, sans défense (alimentaire) en proie à ces affects ou ressentis est impensable car non soignant. Car le sujet obèse, nous l’avons vu, présente fréquemment un fonctionnement psychique opératoire. Le retrait simple et non accompagné du symptôme risque de provoquer l’apparition ou l’aggravation d’autres problématiques éventuellement psychosomatiques.

V. Conclusion

L'obésité, nous l'avons vu, est un problème de Santé Publique, un problème de « masse ». En suivant ces considérations, l'obésité du groupe risque de prévaloir sur l'obésité de l'individu, et menace d'« écraser » le sujet et sa singularité dans une quête sans fin d'éradication globale du trop, du « gros », de la déviance du corps. Nous remarquons par ailleurs que cette idée rejoint celle qui se joue en clinique pour ses patients. Le sujet obèse est écrasé par sa masse, par son corps, qui prend toute la place, et menace de sidérer le regard du clinicien et le soustraire à l'écoute. En effet, de nombreux articles expliquent l'absence d'études sur les patients obèses par le faible attrait, l'« absence d'attraction clinique », en miroir de leur apparence corporelle. Nous souhaitons ainsi insister sur l'idée qu'il n'existe pas une, mais des obésités de l'adolescent. Derrière chaque corps, un être. Aussi, les résultats de cette étude orientent vers des éléments psychopathologiques communs, mais ne constituent en aucun cas une « règle pour tous ».

Dans cette perspective, l'obésité requiert un modèle de compréhension non linéaire, se différenciant d'une approche purement diététique et interventionniste afin de ne pas occulter la complexité des déterminants en jeu dans l'acte alimentaire. La demande déposée au chirurgien est une demande de réalisation d'un geste chirurgical et le travail du réseau réside dans le fait d'aider le jeune à élaborer cette demande sous la forme d'une plainte, elle-même en lien avec la mise au travail subjectif indispensable à toute décision thérapeutique, notamment chirurgicale. C'est ainsi que l'approche psychothérapeutique doit constituer un travail sur l'image inconsciente du corps, mais aussi sur la place de l'obésité dans l'économie psychique du jeune. Elle ne peut en aucun cas se résumer à la recherche de contre-indications psychiatriques à la chirurgie, ou au soutien visant à aider le jeune dans son adhésion au régime prescrit. Car dans ce contexte, le risque, pour le jeune et les médecins, est la confusion entre le poids mesuré en kilogrammes et le poids symbolique de cette chair, de ce « trop » qui, eux, ne peuvent s'appréhender qu'en termes d'éprouvés subjectifs et non par le recueil d'un chiffre inscrit froidement sur une balance.

VI. References bibliographiques

1. World Health Organisation. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report on a WHO consultation on obesity. World Heal Organ Tech Rep Ser. 2000;1- 253.
2. ObEpi-Roche, enquête épidémiologique de référence sur l'évolution de l'obésité et du surpoids en France [Internet]. Disponible sur: <http://eipf.bas.roche.com/fmfiles/re7199006/obepi2012/index.html?module1&module2&module3&module4&module5&module6>. (cité le 10 juin 2013).
3. Rolland-Cachera M-F, Péneau S. Stabilization in the prevalence of childhood obesity: a role for early nutrition? Int J Obes. oct 2010;34(10):1524- 1525.
4. Bruch H. Les yeux et le ventre. L'obèse, l'anorexique. Payot. Paris; 1978.
5. Dufour F, Champault G. La chirurgie bariatrique chez l'adolescent est-elle légitime ? J Chir (Paris). févr 2009;146(1):24- 29.
6. D' Autume C, Musher-Eizenman D, Marinier E, Viarme F, Frelut M-L, Isnard P. Conduites alimentaires et symptômes émotionnels dans l'obésité infantile : étude exploratoire transversale à partir d'autoquestionnaires chez 63 enfants et adolescents. Arch Pédiatrie. août 2012;19(8):803- 810.
7. Haut comité de la Santé Publique. Pour une politique nutritionnelle de Santé Publique en France : enjeux et propositions. ENSP; 2000.
8. Inge TH. Bariatric surgery for morbidly obese adolescents: Is there a rationale for early intervention? Growth Horm IGF Res. juill 2006;16, Supplement:15- 19.
9. Duverger P, Chocard A-S, Malka J, Ninus A. Surcharge pondérale et obésité. Psychopathol En Serv Pédiatrie. Paris: Masson; 2011. p. 483- 497.
10. Foucart J, De Buck C, Verbanck P. Étude factorielle des composantes psychopathologiques de l'obésité sévère chez l'adolescent. L'Encéphale. sept 2012;38(4):310- 317.
11. Gohier B, Richard-Devantoy S, Denès D, Sallé A, Becouarn G, Topart P, et al. Le psychiatre et la chirurgie bariatrique. Ann Médico-Psychol Rev Psychiatr. avr 2010;168(3):220- 223.
12. Lefèvre H, Bertrand J-B, Vachey B, Moro M-R. Qui sont les adolescents consultant pour demande de prise en charge d'une obésité dans une Maison des adolescents ? Phénotypes d'une cohorte de 200 patients. Arch Pédiatrie. nov 2011;18(11):1162- 1169.
13. Malka J, Duverger P, Weil D. L'obésité morbide chez l'adolescent : les réponses d'un réseau multidisciplinaire. Enfances Psy. 1 mars 2012;n° 52(3):89- 100.
14. Vigarello G. Les métamorphoses du gras: Histoire de l'obésité. Du Moyen Age au XXe siècle. 2013.

15. Agence Nationale d'accréditation et d'Evaluation en Santé. Chirurgie de l'obésité morbide de l'adulte. 2001.
16. Pérusse L. Génétique de l'obésité. EMC - Endocrinol. janv 2004;1(1):67- 80.
17. Fischler C. L'homnivore: le goût, la cuisine et le corps. Paris: O. Jacob; 2001.
18. Wadden TA, Stunkard AJ. Psychopathology and obesity. Ann N Y Acad Sci. 1987;499:55- 65.
19. Lighezzolo J. Facteurs psychodynamiques impliqués dans l'obésité infantile commune. Approche projective comparée. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 48(4):253- 262.
20. Corcos M. Le corps insoumis: psychopathologie des troubles des conduites alimentaires. Paris: Dunod; 2005.
21. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington, Va.: American Psychiatric Association; 2013.
22. Hamburger WW. Emotional aspects of obesity. 1951. Obes Res. mars 1997;5(2):162- 171.
23. Apfeldorfer G. Je mange, donc je suis: surpoids et troubles du comportement alimentaire. Paris: Payot; 2002.
24. Chiland C. La réalisation de l'idéal hermaphrodite «Mange, mon fils, tu seras gros, tu seras homme et femme ». Rev Franç Psychan. 1975;(39):1065- 72.
25. Schmit G. L'obésité infantile. Nouv Traité Psychiatr L'enfant L'adolescent. Paris: PUF; p. 1731- 1749.
26. Corcos M. Le corps absent approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires. Paris: Dunod; 2010.
27. Simon RI. Obesity as a depressive equivalent. JAMA. 19 janv 1963;183(3):208- 210.
28. Gueniche K, Isaac P, Samara-Boustani D, Dabbas M, Caron V, Polak M. À propos du fonctionnement psychique de jeunes filles obèses depuis l'enfance. Psychol Clin Proj. 1 mars 2008;n° 14(1):155- 187.
29. De la Almudena Sanahuja M, Belot R-A. Défaillance de la relation à l'objet primaire et altération de l'enveloppe psychique chez l'adolescente obèse. L'Évolution Psychiatr [Internet]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385513000789>. (cité le 16 juillet 2013).
30. Dumet N. Jengloutis, je vis, je suis. De l'hyperphagie à la subjectivation. Cah Psychol Clin. 1 mars 2006;n° 26(1):69- 83.
31. NIH conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus Development Conference Panel. Ann Intern Med. 15 déc 1991;115(12):956- 961.

32. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med.* 23 août 2007;357(8):741- 752.
33. 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- 2693.
34. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandation de bonnes pratiques : Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. (Actualisation des recommandations 2003). 2011.
35. Caniano DA. Ethical issues in pediatric bariatric surgery. *Semin Pediatr Surg.* août 2009;18(3):186- 192.
36. Loux TJ, Haricharan RN, Clements RH, Kolotkin RL, Bledsoe SE, Haynes B, et al. Health-related quality of life before and after bariatric surgery in adolescents. *J Pediatr Surg.* juill 2008;43(7):1275- 1279.
37. Costil Philippe. ↗ La chirurgie de l'obésité en 2010 [Images en ligne]. Disponible sur: <http://www.mmt-fr.org/article393.html>. (cité le 17 juillet 2013).
38. 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- 1042.
39. 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- 761.
40. Mariage A, Cuynet P, Godard B. Obésité et alexithymie à l'épreuve du Rorschach. Le poids des émotions. *L'Évolution Psychiatr.* avr 2008;73(2):377- 397.
41. Pierre Marty, Michel de M'Uzan. La pensée opératoire. 23e Congrès Psychanal Langues Romanes Barcelone 8-11 Juin 1962. 1963;27:345- 356.
42. Marty P, M'Uzan M de, David C. L'investigation psychomatique: Sept observations cliniques. Edition augmentée des préliminaires critiques à la recherche psychosomatique par Michel de M'Uzan et Christian David. Paris: Presses universitaires de France; 2002.
43. Corcos M, Pirlot G, Loas G. Qu'est-ce que l'alexithymie ? Paris: Dunod; 2011.
44. Doyard P, Cheung D, Lambicchi S, Grimont-Rolland E, Hamel C. Être un adolescent obèse : nature et sens du symptôme*. *Cah Nutr Diététique.* déc 2005;40(6):293- 299.
45. Marsden E, Michel A, Mormont C. Study of the impact of a gastroplasty on the self-image through the Rorschach. *Rorschachiana.* 1999;23(1):43- 57.
46. Papa R, Clerici M, Basile R, Invernizzi G. The experience of the corporal self in severe obesity under medico-surgical treatment [Le « Vecu » du soi corporelle et le test de Rorschach dans l'obésité grave en traitement medical-chirurgical]. *Ann Médico Psychol.* 1990;148(5):483- 494.

47. Segond Patricia. Le corps du sujet obèse candidat à la gastroplastie. *Le journal des psychologues*. oct 2002;(201):50- 2.
48. Dolto F. *L'image inconsciente du corps*. Paris: Editions du Seuil; 1984.
49. Claudon P, Roché-Bauchet G, Guirkinger B, Lighezzolo-Alnot J, Ziegler O. Représentation de soi et vécu de l'espace corporel chez des sujets obèses sévères en attente de chirurgie bariatrique. *Ann Médico-Psychol Rev Psychiatr*. nov 2012;170(9):628- 635.
50. Lighezzolo J, Blanchouin C. Gastroplastie et modifications corporelles : réflexion psychodynamique. *Inf Psychiatr*. 1 nov 2004;80(9):745- 752.

VII. Liste des tableaux

Tableau I : Spécificités de la souffrance psychique de la population étudiée (p.17)

Tableau II : Spécificités de la souffrance psychique de la population étudiée (p.18)

Tableau III : Caractéristiques des troubles du comportement alimentaire de la cohorte (p.19)

Tableau IV : Eléments décisionnels concernant la chirurgie (p. 22)

Tableau V : Pourcentage de perte d'excès de poids dans le groupe opéré (p.23)

VIII. Table des matières

- I. Introduction (p.8)**
- II. L'obésité sévère de l'adolescence (p.9)**
 - II.1. Historique de l'obésité (p.9)
 - II.2. Hypothèses étiopathogéniques (p.11)
 - II.3. Psychopathologie de l'obésité (p.12)
 - II.3.a. Obésité de l'enfant (p.12)
 - II.3.b. Obésité de l'adolescent (p.14)
 - II.4. Prise en charge chirurgicale de l'obésité à l'adolescence (p.15)
- III. Etude rétrospective (p.17)**
 - III.1. Patients (p.18)
 - III.2. Méthode (p.20)
 - III.3. Résultats (p.21)
 - III.3.a. Données générales (p.21)
 - III.3.b. Evaluation psychologique (p.22)
 - III.3.c. Situation familiale et sociale (p.24)
 - III.3.d. Prise en charge dans le réseau (p.25)
 - III.4. Limites (p.29)
- IV. Discussion (p.29)**
 - IV.1. Données de l'étude (p.29)
 - IV.2. La clinique de la perte (p.34)
 - IV.3. L'agir alimentaire, réponse à une pensée opératoire ? (p.35)
 - IV.4. L'après chirurgie : perte de poids et transformations corporelles (p.37)
- V. Conclusion (p.39)**
- VI. Références bibliographiques (p.40)**
- VII. Liste des tableaux (p.44)**
- VIII. Table des matières (p.45)**

ANNEXES

Annexe 1 : L’obésité

L’obésité est définie par l’OMS comme un excès de masse grasse entraînant des effets néfastes pour la santé.

L’Indice de masse corporelle (IMC) constitue la valeur de référence reconnue par l’OMS, il permet une évaluation simple du diagnostic et du pronostic de l’obésité, valide aussi bien pour l’homme que pour la femme. Il est déterminé par le poids sur la taille au carré (kg/m^2). Sont obèses les patients qui présentent un IMC supérieur ou égal à 30.

On distingue les obésités modérées (IMC compris entre 30 et 34,9 kg/m^2), des obésités sévères (IMC compris entre 35 et 39,9 kg/m^2), des obésités massives ou obésités morbides (IMC supérieur ou égal à 40).

Pour les adolescents à partir de 11 ans, un IMC compris entre 26 et 29,9 représente une obésité grade 1, c'est-à-dire supérieure au 97^{ème} percentile (touche 10 à 12 % des enfants et adolescents) ; entre 30 et 34,9, une obésité de grade 2 (touche 5 à 8 % des enfants et adolescents) ; entre 35 et 39,9, une obésité sévère (touche 1 à 2 % des enfants et adolescents) et lorsque l’IMC est supérieur à 40, l’obésité est dite morbide (touche moins de 0,5% des enfants et adolescents).

	IMC
Obésité de garde 1	$26 < \text{IMC} < 29,9$
Obésité de garde 2	$30 < \text{IMC} < 34,9$
Obésité sévère	$35 < \text{IMC} < 39,9$
Obésité morbide	$\text{IMC} > 40$

Annexe 2 : Le cahier de recueil

Etude rétrospective « Adolescents obèses morbides et chirurgie bariatrique »

Cahier n°

Nom (3 premières lettres)	Taille	Age
Sexe	Poids	IMC initial

ATCD PERSONNELS

ATCD médicaux ou chirurgicaux	OUI	NON
-------------------------------	-----	-----

Préciser :

Comorbidités liées à l'obésité	OUI	NON
--------------------------------	-----	-----

Si OUI :

Endocriniennes	OUI	NON
Ostéoarticulaires	OUI	NON
Autre (préciser)		

ATCD PSY	OUI	NON
----------	-----	-----

Si OUI :

Dépression	OUI	NON
Angoisse	OUI	NON
Troubles du comportement	OUI	NON
Autre (préciser)		
Diagnostic CIM 10 si existant		

Age de début de prise de poids :

Événement rattaché à la prise de poids	OUI	NON
--	-----	-----

Si oui : lequel

Souffrance psychique actuelle	OUI	NON
-------------------------------	-----	-----

Si OUI :

Stigmatisation, moqueries	OUI	NON
Manque d'estime de soi	OUI	NON
Insatisfaction corporelle	OUI	NON
Dépression	OUI	NON
Angoisse	OUI	NON
Solitude	OUI	NON
Autre (préciser)		

Rapport au corps

Honte, dégoût, culpabilité	OUI	NON
Déni de l'obésité	OUI	NON
Haine	OUI	NON

Autre (préciser)			
------------------	--	--	--

Investissement psychothérapeutique	BON	MEDIOCRE	INEXISTANT
------------------------------------	-----	----------	------------

Compliance	Très bonne	Bonne	Moyenne	Mauvais
------------	------------	-------	---------	---------

ALIMENTATION

Trouble du cpt alimentaire	OUI	NON
----------------------------	-----	-----

Si OUI :

Anorexie	OUI	NON
Boulimie	OUI	NON
Hyperphagie boulimique/BED	OUI	NON
Compulsions alimentaires	OUI	NON
Sweet eating	OUI	NON
Autre (préciser)		

Affects liés à l'alimentation

Honte, dégoût, culpabilité	OUI	NON
Réconfort	OUI	NON
Plaisir	OUI	NON
Autre (préciser)		

ATCD DE PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE AVANT ENTREE DANS LE RESEAU

ATCD de PEC de l'obésité	OUI	NON
--------------------------	-----	-----

Si OUI :

Suivi diététique ambulatoire	OUI	NON
Suivi médical	OUI	NON
Hospitalisations spécialisées	OUI De 1 à 3 Plus de 3	NON
Autre (préciser)		

ACTIVITES SPORTIVES

Au début de la prise en charge	OUI Temps :	NON
--------------------------------	----------------	-----

Durant la prise en charge	OUI Temps :	NON
---------------------------	----------------	-----

CONTEXTE FAMILIAL ET ENVIRONNEMENTAL

Niveau socioéconomique estimé	Bas	Moyen	Supérieur
-------------------------------	-----	-------	-----------

Au moins 1 des parents est en surpoids ou obèse	OUI IMC père IMC mère	NON IMC père IMC mère
---	-----------------------------	-----------------------------

Si OUI :

Au moins 1 est obèse ou en surpoids	OUI	NON
-------------------------------------	-----	-----

ATCD de chir bariatrique familiale	OUI	NON
------------------------------------	-----	-----

Evénements ou difficultés familiales	OUI	NON
--------------------------------------	-----	-----

Si OUI :

Divorce	OUI	NON
---------	-----	-----

Carence	OUI	NON
Abus sexuels	OUI	NON
Troubles mentaux	OUI	NON
Autre (préciser)		

SCOLARITE

Scolarisé	OUI	NON
Si OUI :		
Normale	OUI	NON
Redoublement	OUI	NON

LA CHIRURGIE

Motif de la consultation :

Esthétique	Relationnel	Fonctionnel	Autres

La demande émane :

Du jeune	OUI	NON
Des parents	OUI	NON
Des médecins ou professionnels de santé	OUI	NON

Chirurgie	OUI	NON
Si OUI :		

Si OUI :

	Initial	Au moment de la chir	à M6	à M12
IMC				

Si NON : Raisons

Psychiques	OUI, préciser	NON
Socio familiales	OUI	NON
Compliance insuffisante	OUI	NON
Autre (préciser)		

Evolution de l'IMC durant PEC dans le réseau :

	Initial	A M3	A M6
IMC			