



CENTRE DE RECHERCHE PUBLIC

LABORATOIRE DES TROUBLES ÉMOTIONNELS

# ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE L'OBESITE

Dr Gloria Aguayo  
Chercheur CRP-Santé  
Hôpital de Jour CHL



Qu'est-ce que l'obésité ?

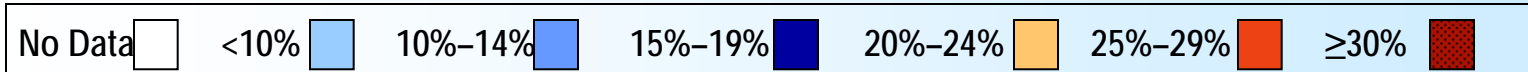
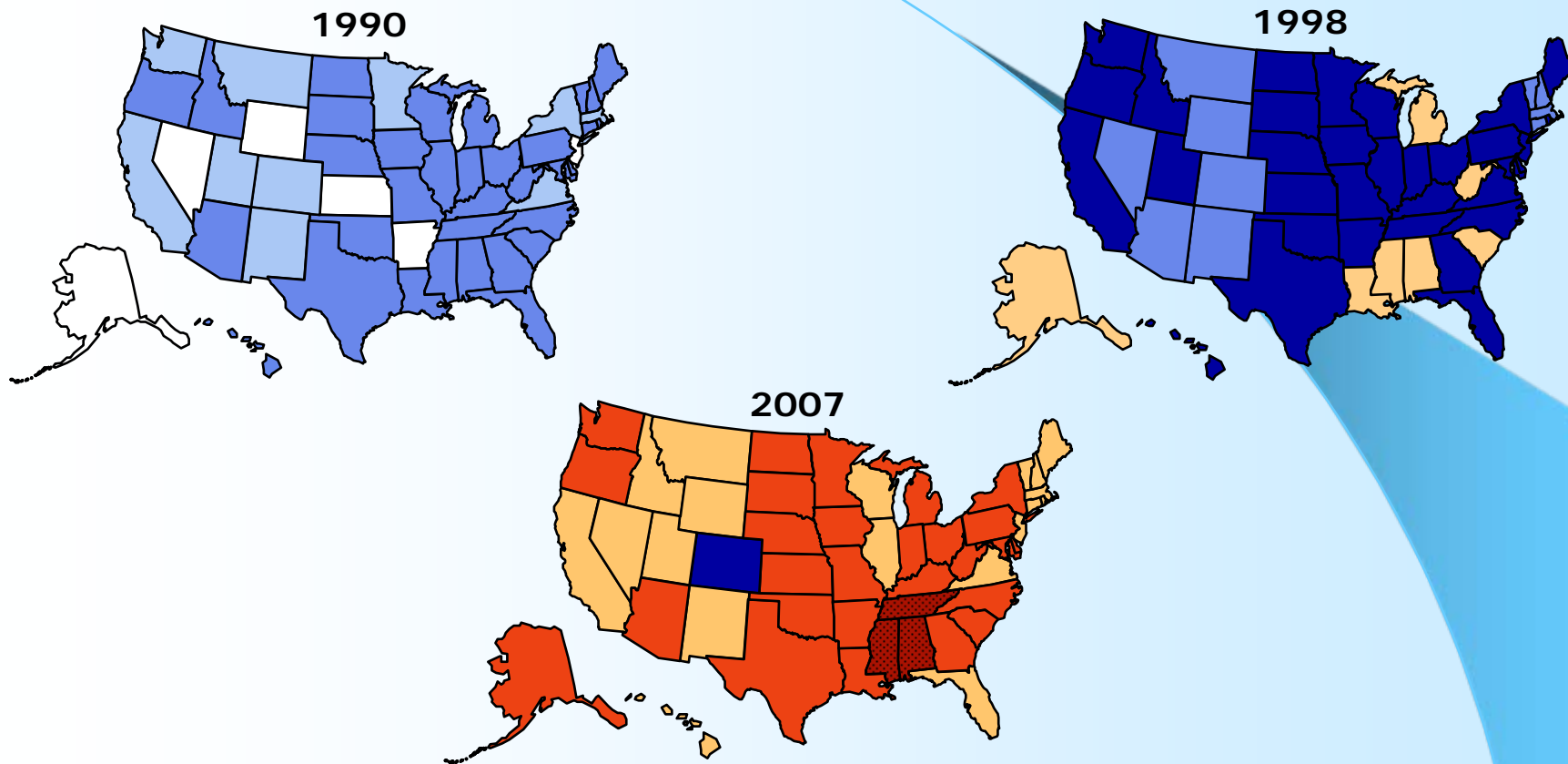
# Classification de surpoids et d'obésité selon l'IMC

	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Grade obésité
Malnutrition	<18.5	
Normal	18.5-24.9	
Surpoids	25.0-29.9	
Obésité légère	30.0-34.9	I
Obésité modérée	35.0-39.9	II
Obésité sévère	≥40	III

# Obesity Trends\* Among U.S. Adults

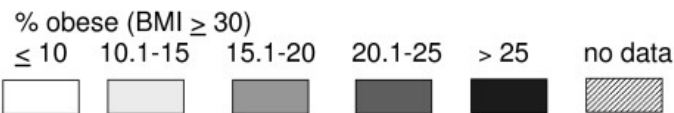
## BRFSS, 1990, 1998, 2007

(\*BMI  $\geq 30$ , or about 30 lbs. overweight for 5'4" person)



# Prévalence de l'obésité en Europe

Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review  
Berghöfer et al. *BMC Public Health* 2008, 8:200



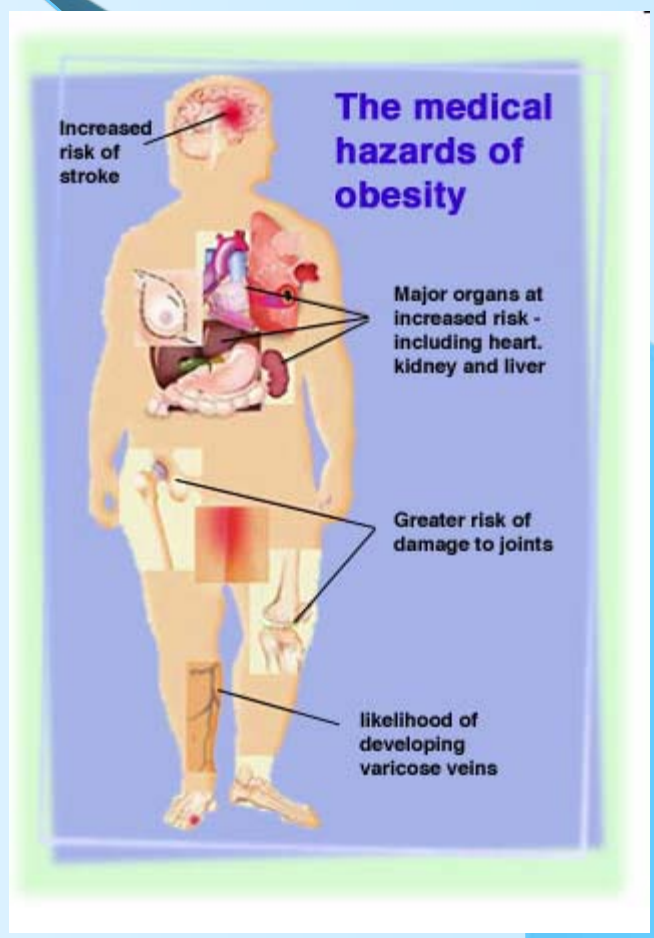
Hommes



Femmes



Psychosocial consequences



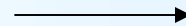
# Questions à résoudre

1. Y a-t-il des conséquences psychosociales de l'obésité?
2. Quels sont les problèmes psychosociaux les plus fréquents?
3. Quels sont les personnes à risque?
4. Quelles stratégies de soutien à donner aux personnes obèses?

# Conséquences sociales de l'obésité chez l'adulte



- Stigmatisation
- Exclusion
- Mauvais traitement



Mauvaise estime de soi  
Dépression en populations cliniques  
Risque de dépression et suicide chez les adolescents



# L'obésité et la stigmatisation

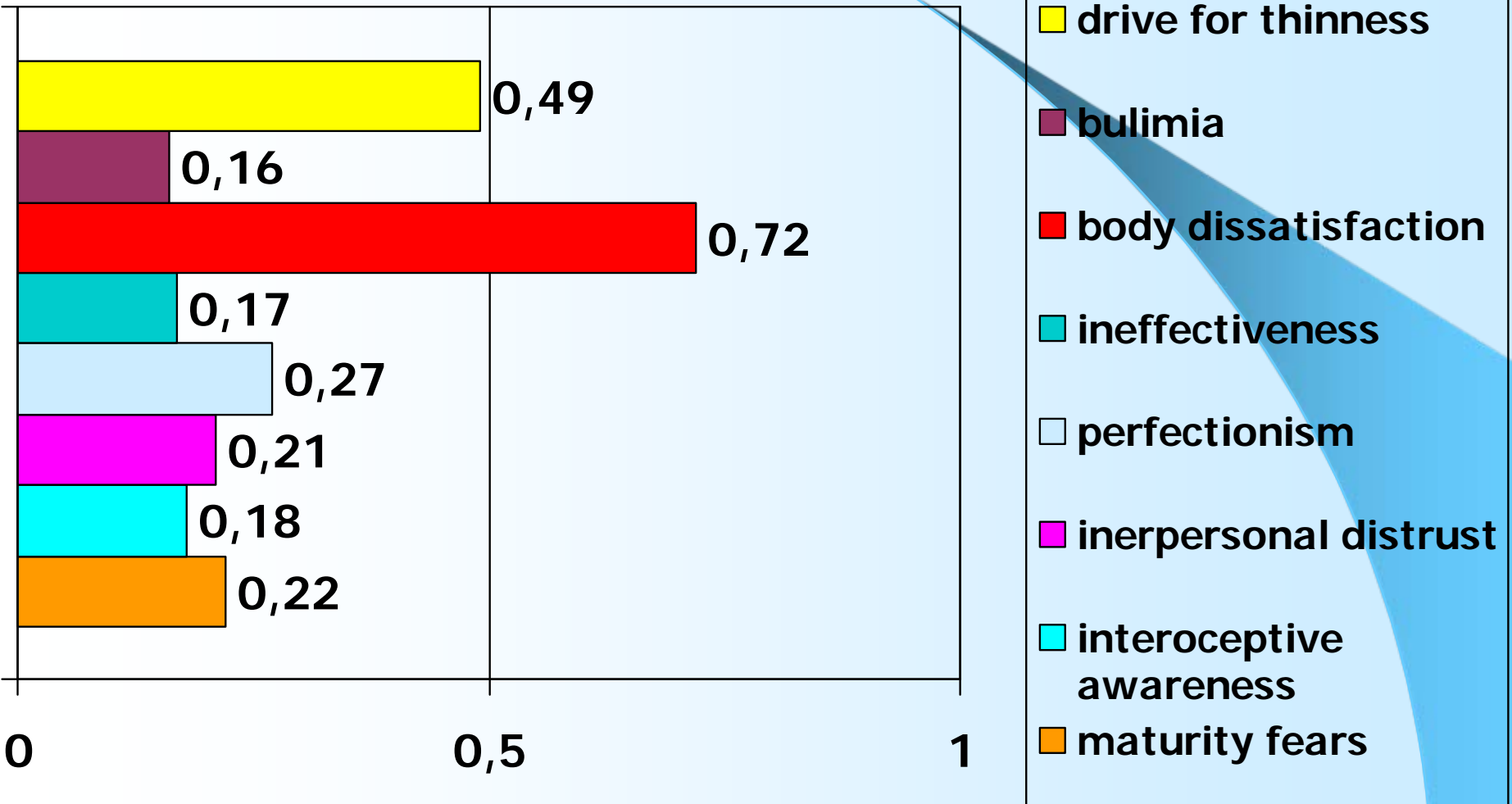
- La discrimination débute dès le plus jeune âge, les enfants de 6 ans décrivant les obèses comme stupides, paresseux, sales, menteurs et tricheurs et les adultes comme incompetents et émotionnellement instables. *Puhl* (2001)
- Les expériences de stigmatisation chez les femmes obèses semblent avoir comme conséquences une mauvaise estime de soi, une diminution de la qualité de vie, et pourraient entraîner une anxiété sociale, des dépressions et des troubles du comportement alimentaire tels que la hyperphagie boulimique. *Annis* (2004)
- La stigmatisation ne crée probablement pas le surpoids et l'obésité, mais elle l'aggrave et l'entretient.

# Image corporelle et comportements non sains liés au poids

- Il y a une forte association entre obésité et mauvaise estime corporelle.
- 14% des adolescentes obèses contre seulement 9% des adolescentes non obèses ont eu un comportement non sain (vomissements, usage de diurétiques ou laxatifs).
- Il y a de fortes associations entre antécédents des moqueries sur le poids et comportements non sains.

# Eating disorder inventory

(0=no problem, 1=maximum problem)



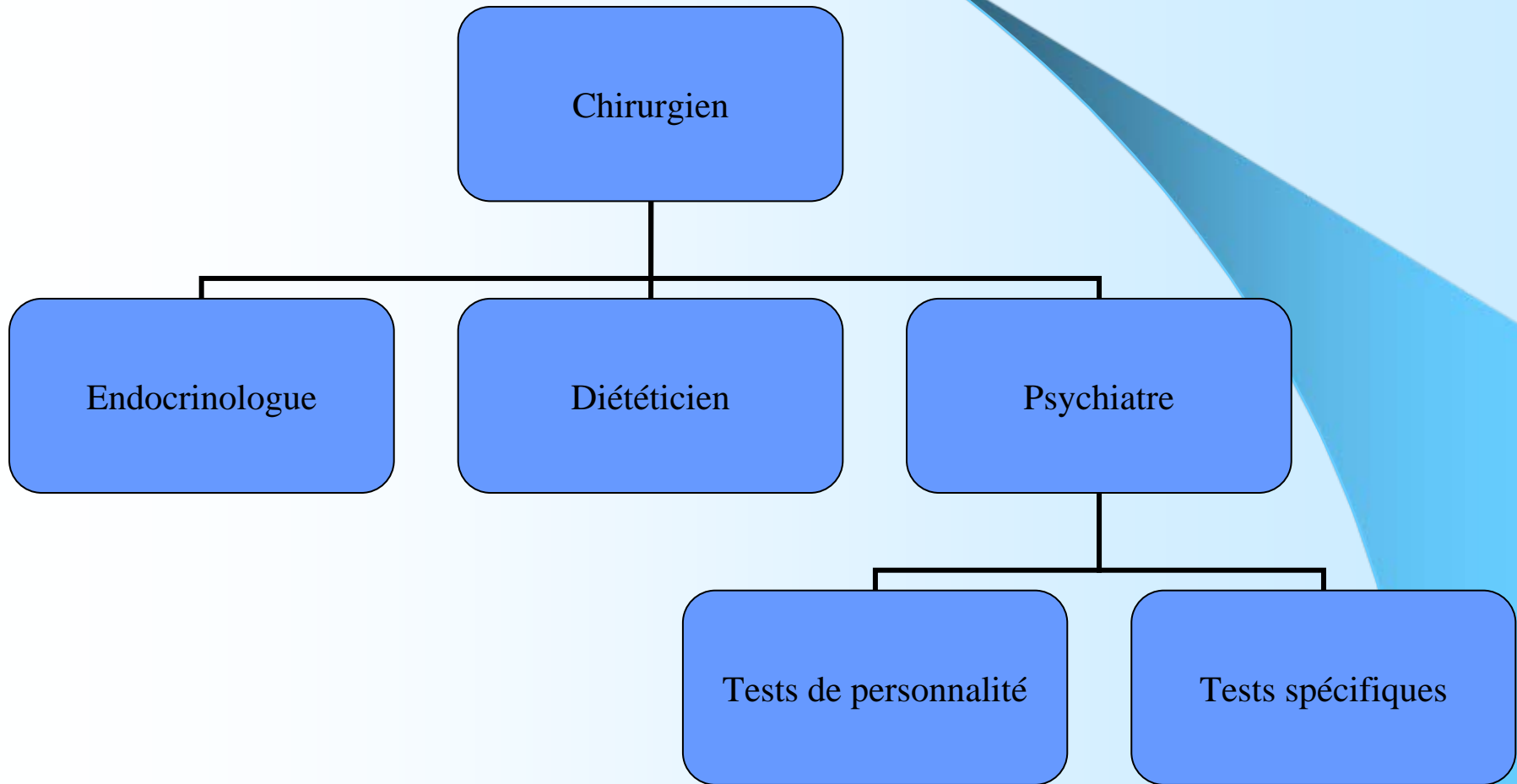
# Comment évaluer l'obésité?





Unité Polyvalente de l'Obésité

# Evaluation multidisciplinaire



# Interview clinique structurée

Evaluation des troubles psychiatriques (MINI)

- Problèmes cognitives
- Abus de substances
- Troubles psychotiques
- Troubles de l'humeur
- Troubles d'anxiété

# Interview clinique structurée

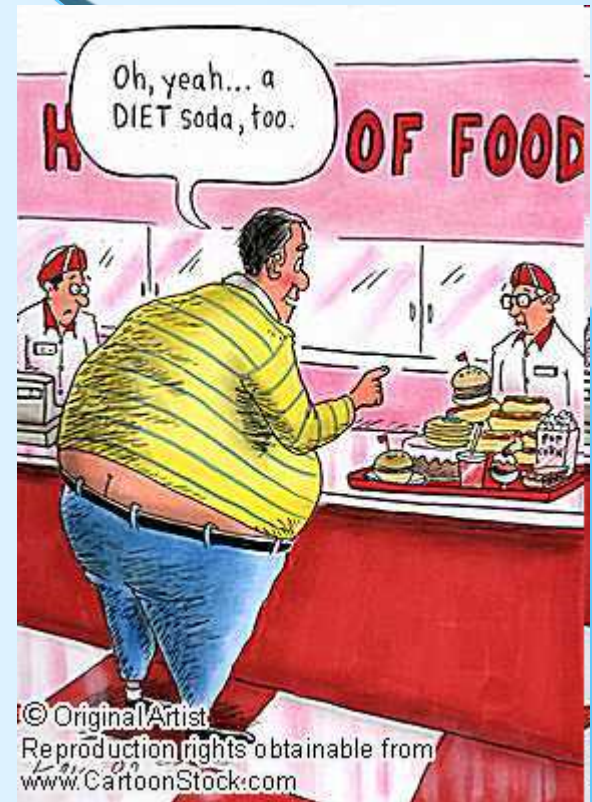
Evaluation de:

- Binge eating disorder (Hyperphagie boulimique)
- Night eating disorder
- Bulimia nervosa

# Interview clinique structurée

Tentatives pour perdre du poids

- Régimes
- Sports
- Psychothérapie
- Médicaments
- Cures
- Chirurgie



# Interview clinique structurée

## Problèmes psychosociaux

- Sans travail
- En instance de divorce
- Problèmes financiers
- Invalidité
- Autres

# Interview clinique structurée

Raisons pour vouloir perdre du poids

Santé physique

- Hypertension
- Diabète
- Douleurs
- Mobilité
- Apnée du sommeil

Raisons psychologiques

- Image corporelle
- Estime de soi

# Evaluation avec tests

- Dépression
- Anxiété
- Hyperphagie boulimique ou boulimie
- Insatisfaction corporelle
- Handicap
- Qualité de vie
- Estime de soi
- Tests de personnalité

# Evaluation de l'image corporelle: réalité virtuelle



**ACTUAL**

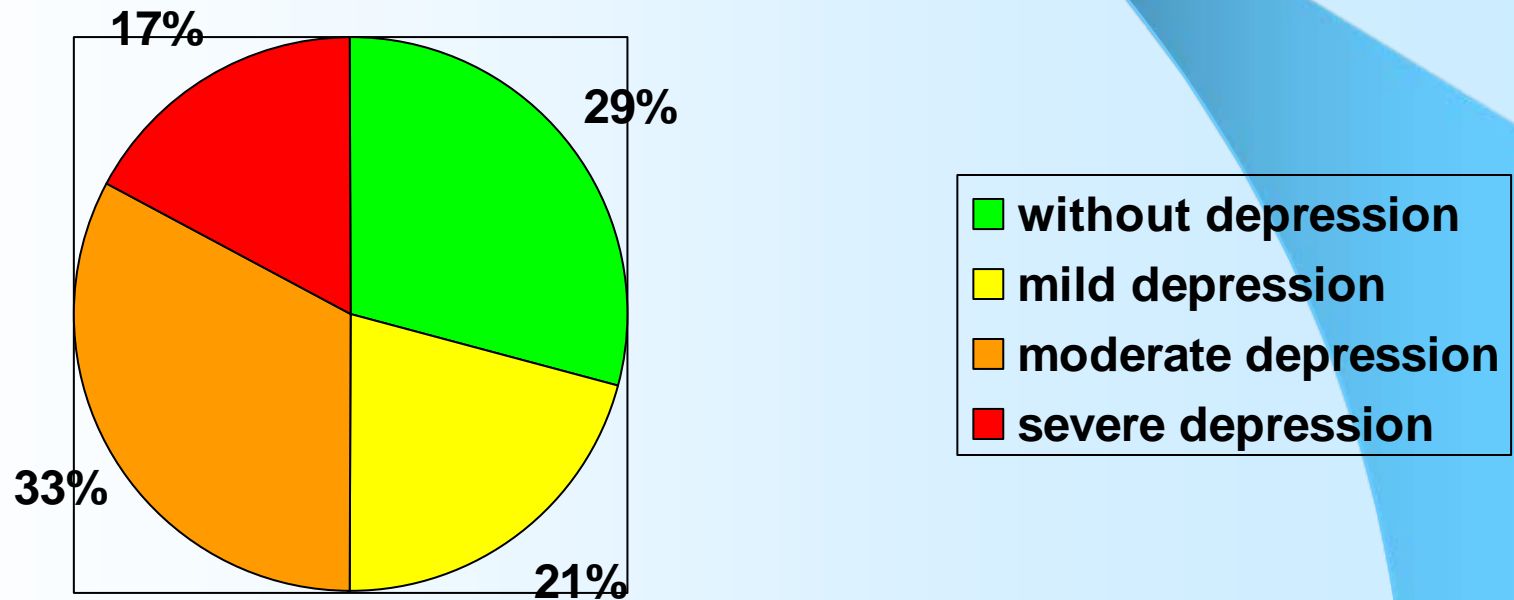
**HEALTHY**

# Dépression et anxiété

- Les obèses qui cherchent un traitement ont des taux plus élevés de dépression et anxiété que la population générale. (Swenson 1973)
- Les obèses sévères ont 5 fois plus de risque de développer une épisode dépressif majeur. (Onyke 2003)
- Le risque de suicide est très élevé chez les sujets avec une obésité sévère. (Dong 2006)

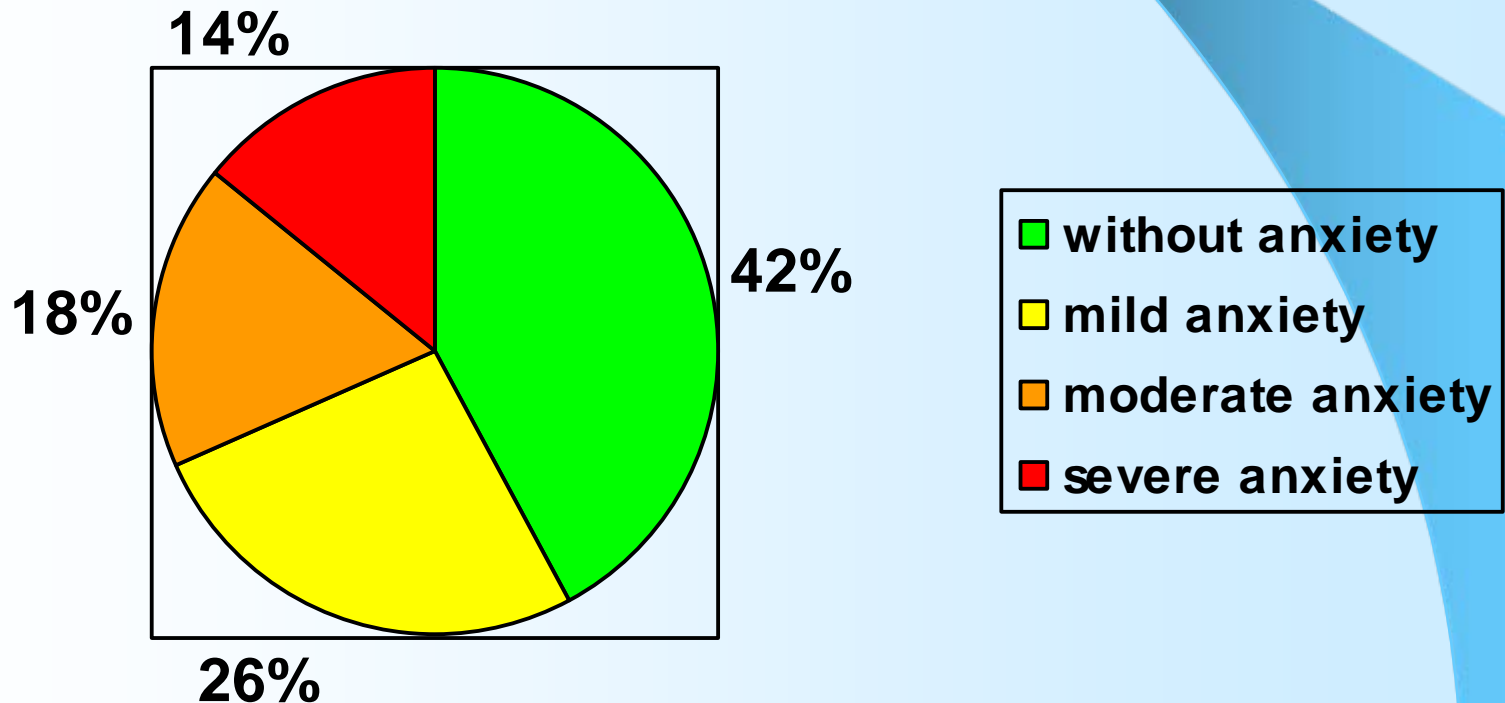
# Depression in 234 obese patients candidates to bariatric surgery

- BDI:  $8,7 \pm 6.4$
- Without depression (BDI 0-4)+ mild depression (BDI 5-7): 50%
- Moderate depression (BDI 8-15) or severe depression: 50% (BDI 16-39)

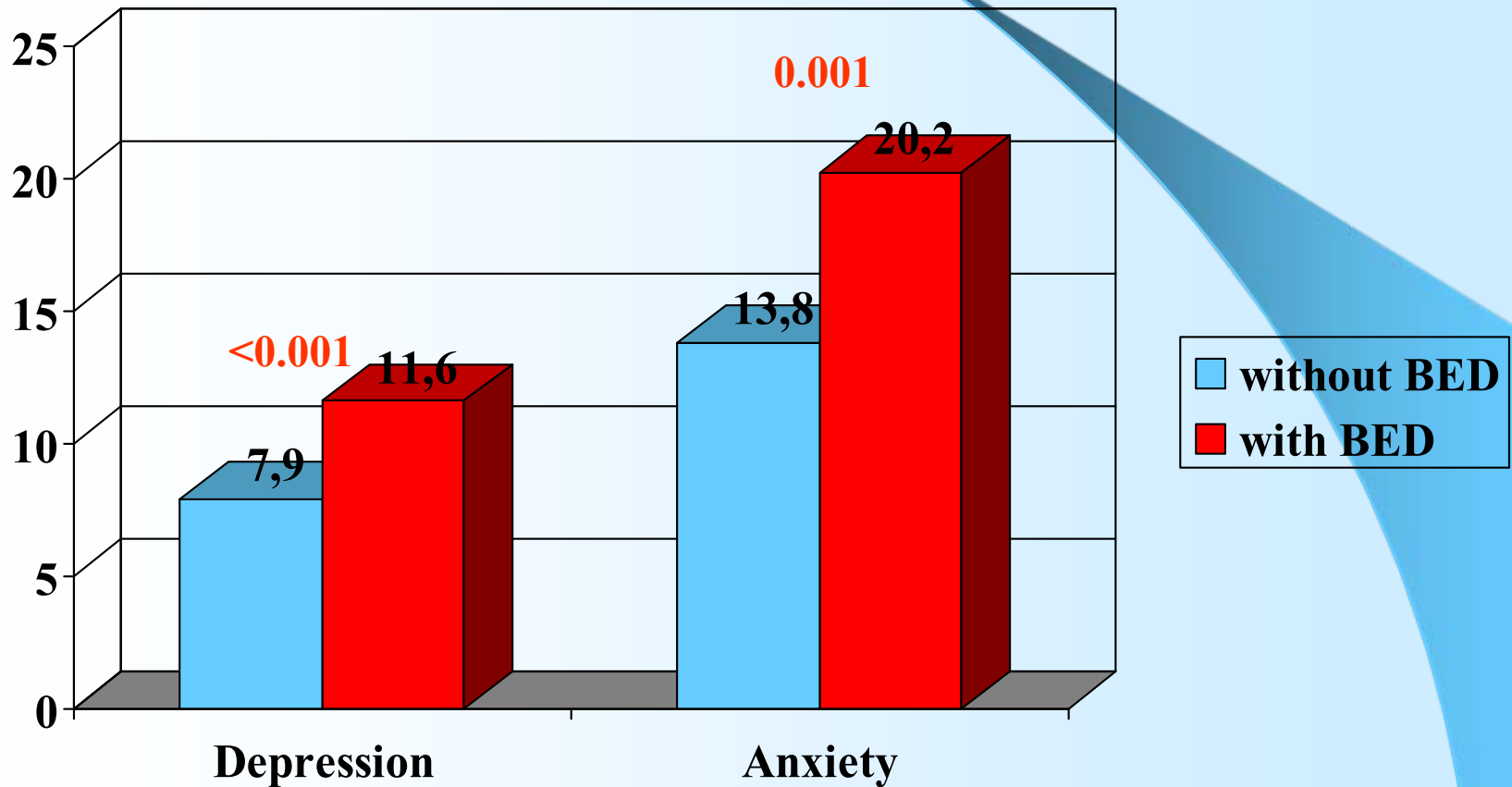


# Anxiety

- BAI:  $15,1 \pm 12.4$
- Without anxiety (BAI 0-9) +mild anxiety (BAI10-18): **68.4%**
- Moderate anxiety (BAI 19-29) or sever anxiety: **31.6%** (BAI 30-63)



# Depression and anxiety in patients with and without BED



# Hyperphagie boulimique



# Hyperphagie boulimique

- Les personnes en surpoids sont plus susceptibles de développer une hyperphagie boulimique que les non obèses (16% vs. 21%).
- L'hyperphagie boulimique est plus prévalent chez les obèses qui cherchent un traitement (25-50%).
- Les causes sont: augmentation de l'appétit, régimes restrictifs, réponse à l'état dépressif et plus grande exposition à des situations stressantes, comme par exemple, des moqueries.

# Conclusions

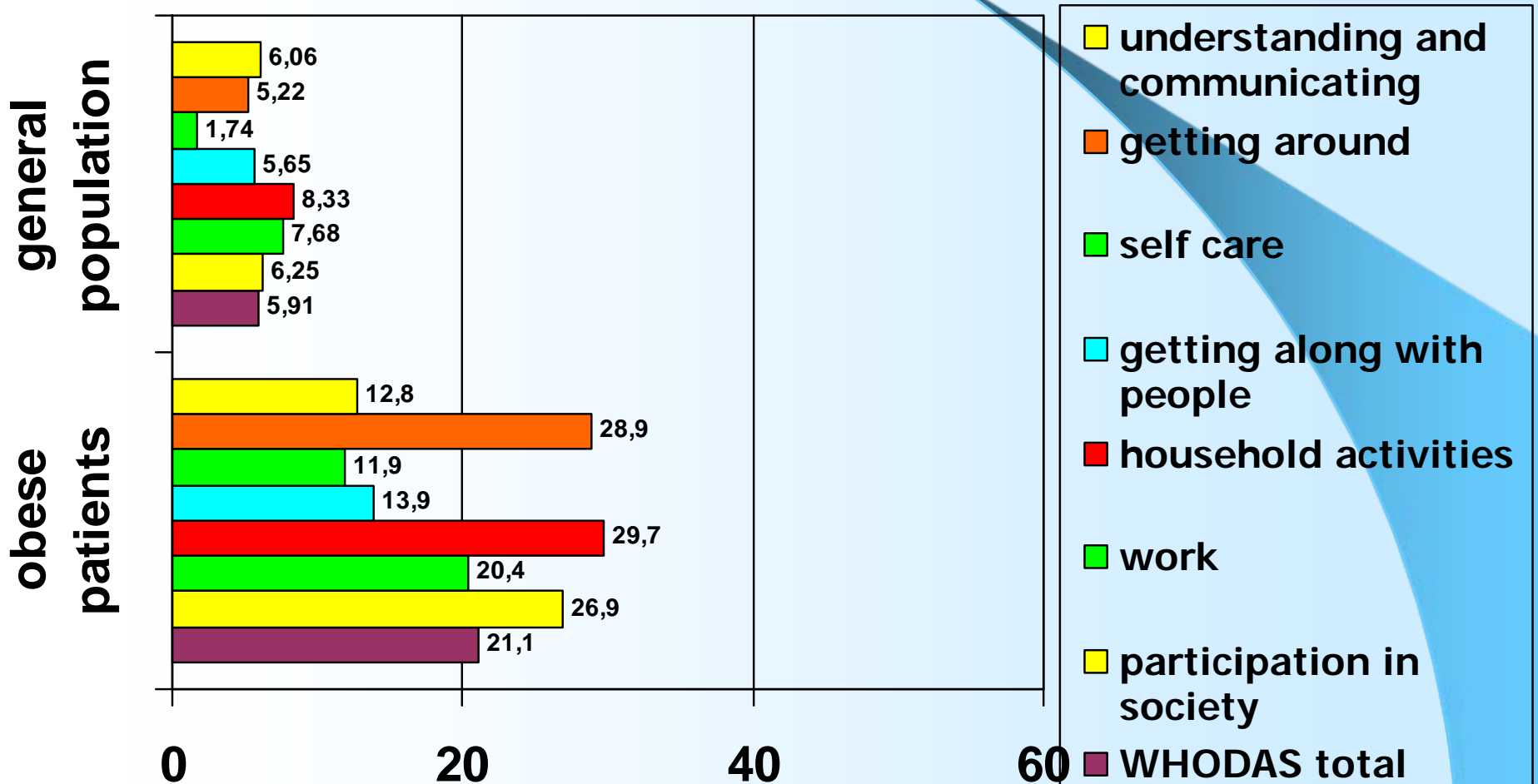
- Les patients obèses qui cherchent un traitement sont à risque de développer une dépression ou anxiété.
- Les patients candidats à chirurgie bariatrique montrent des prévalences élevées de dépression et anxiété.
- Chez les obèses, il y a un risque augmenté de développer une hyperphagie boulimique.

# Handicap et qualité de vie



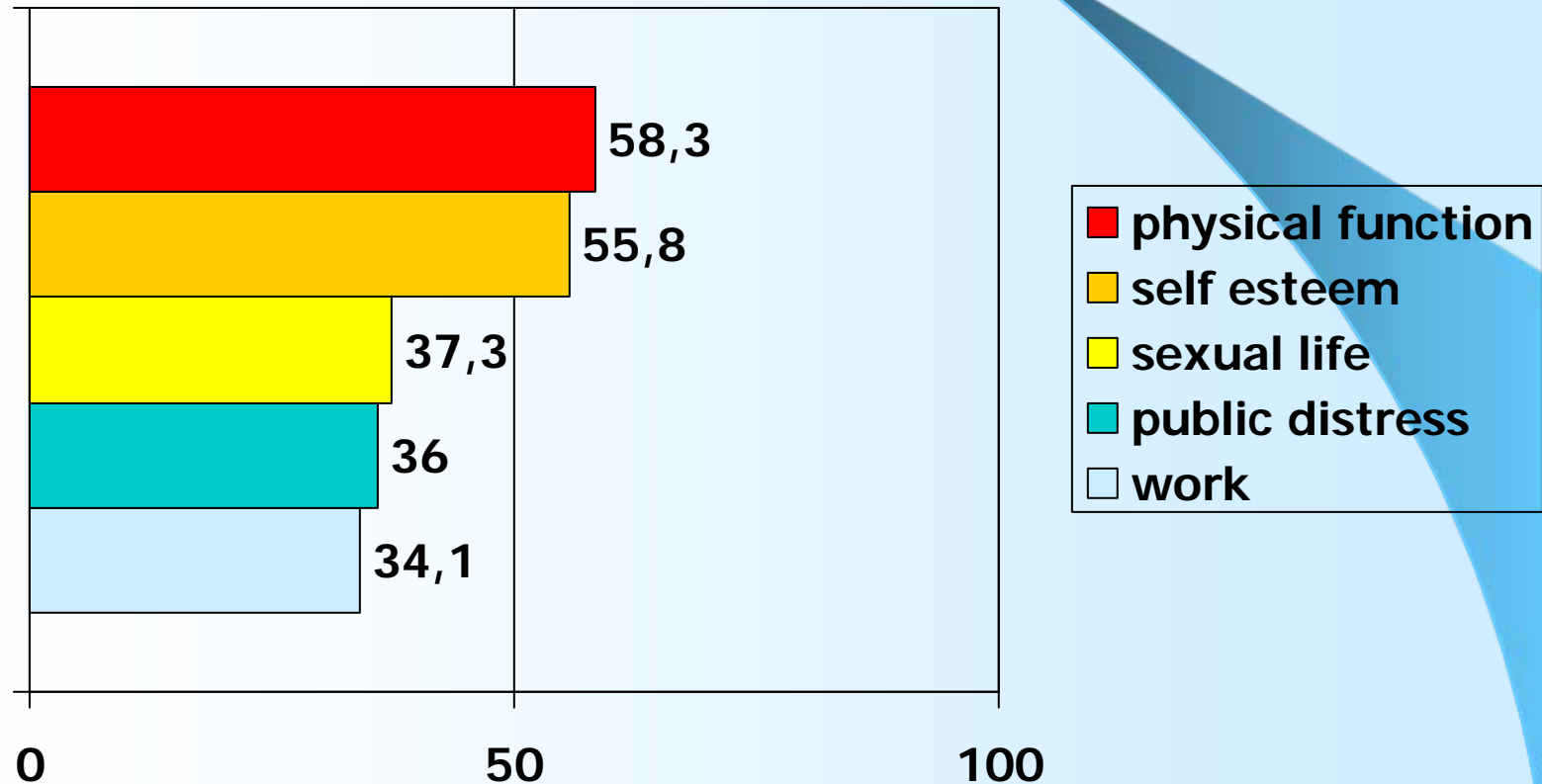
# Handicap: WHODAS II

(0= no handicap, 100 maximum handicap)

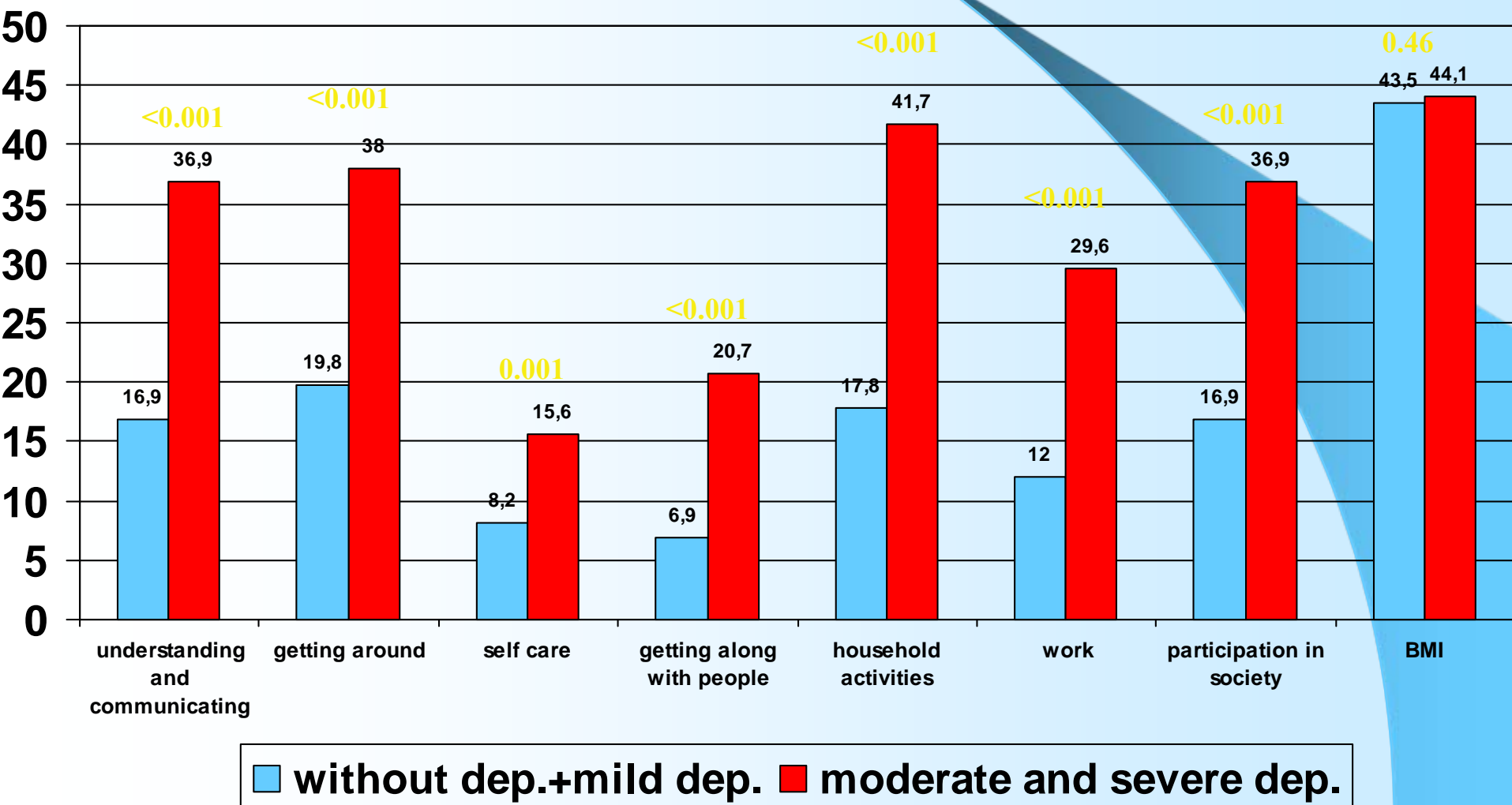


# Quality of life: IWQOL-Lite

(0=excellent quality of life 100=very poor quality of life)

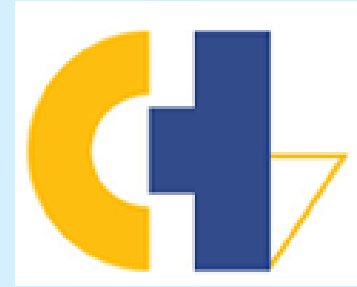


# Differences of handicap between patients with moderate or severe depression (117) and patients without depression or mild depression (117)



# Conclusions handicap et qualité de vie

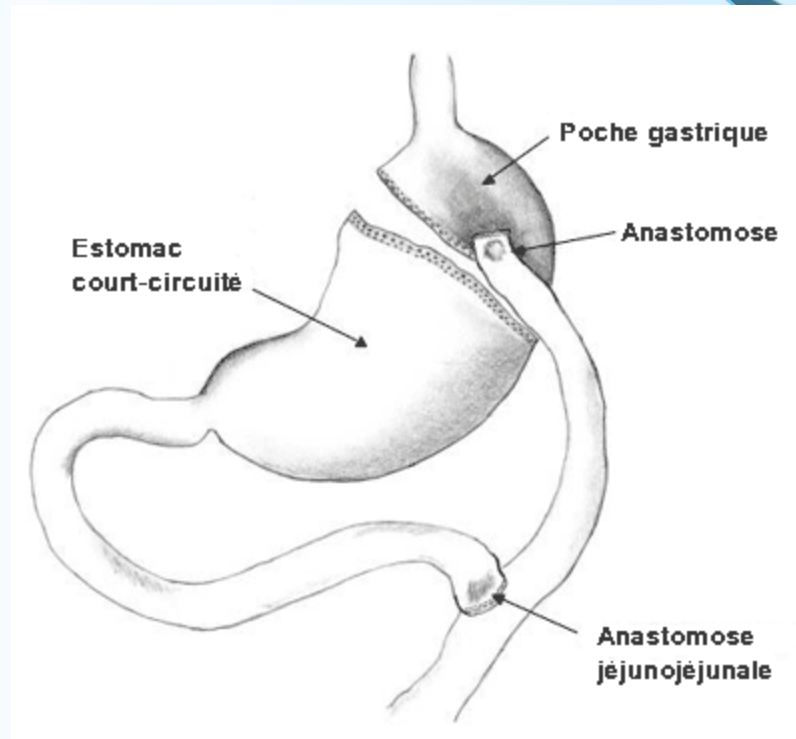
- Les patients avec une obésité souffrent de handicap surtout dans les domaines de la mobilité et de la participation à la société
- Il y a une diminution de la qualité de vie dans les domaines physiques et psychologiques
- Les patients avec une dépression souffrent de plus de handicap et diminution de la qualité de vie.



# **Psychological changes 1 year after gastric bypass surgery in 84 severe obese patients**

**Aguayo G, Pull CB, Michel G, Goergen M, Azagra, JS**

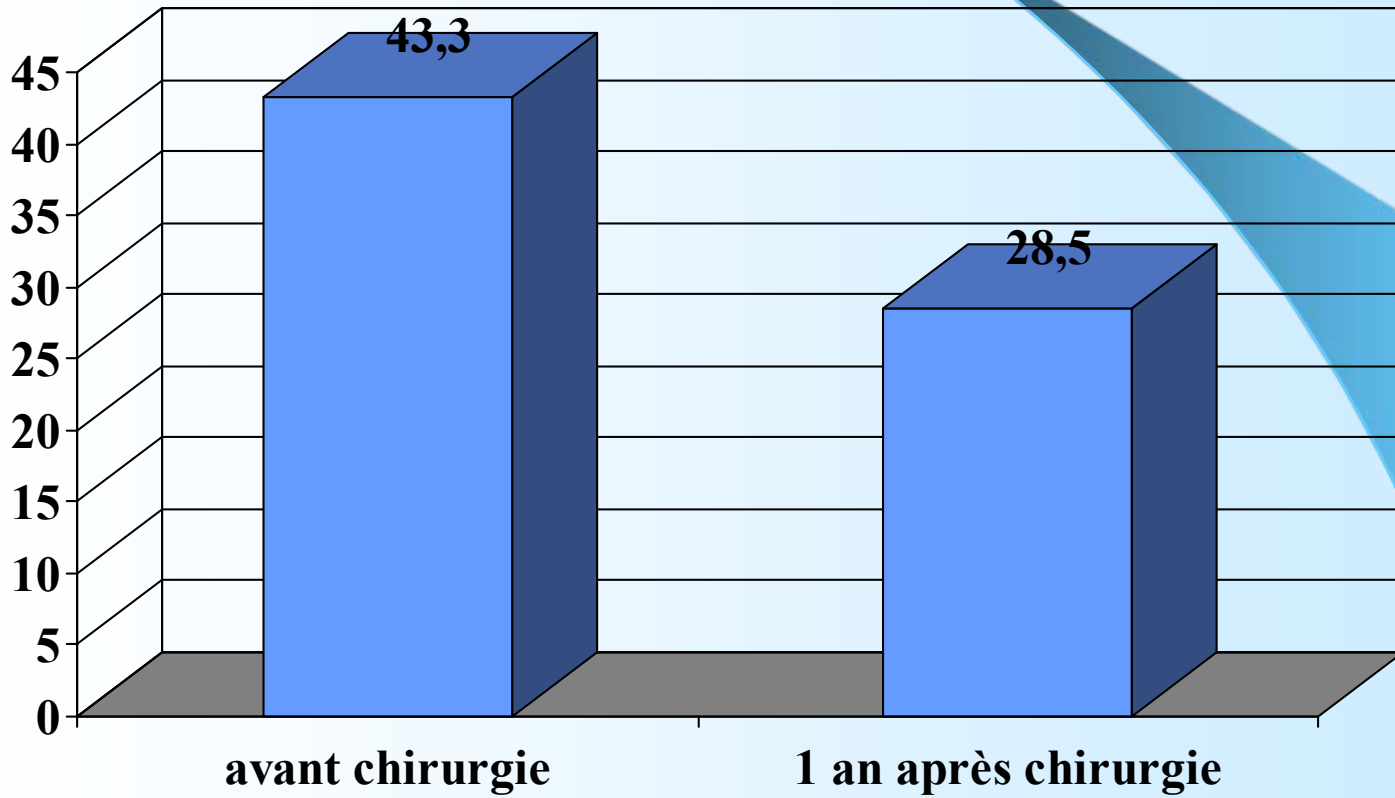
# Bypass gastrique



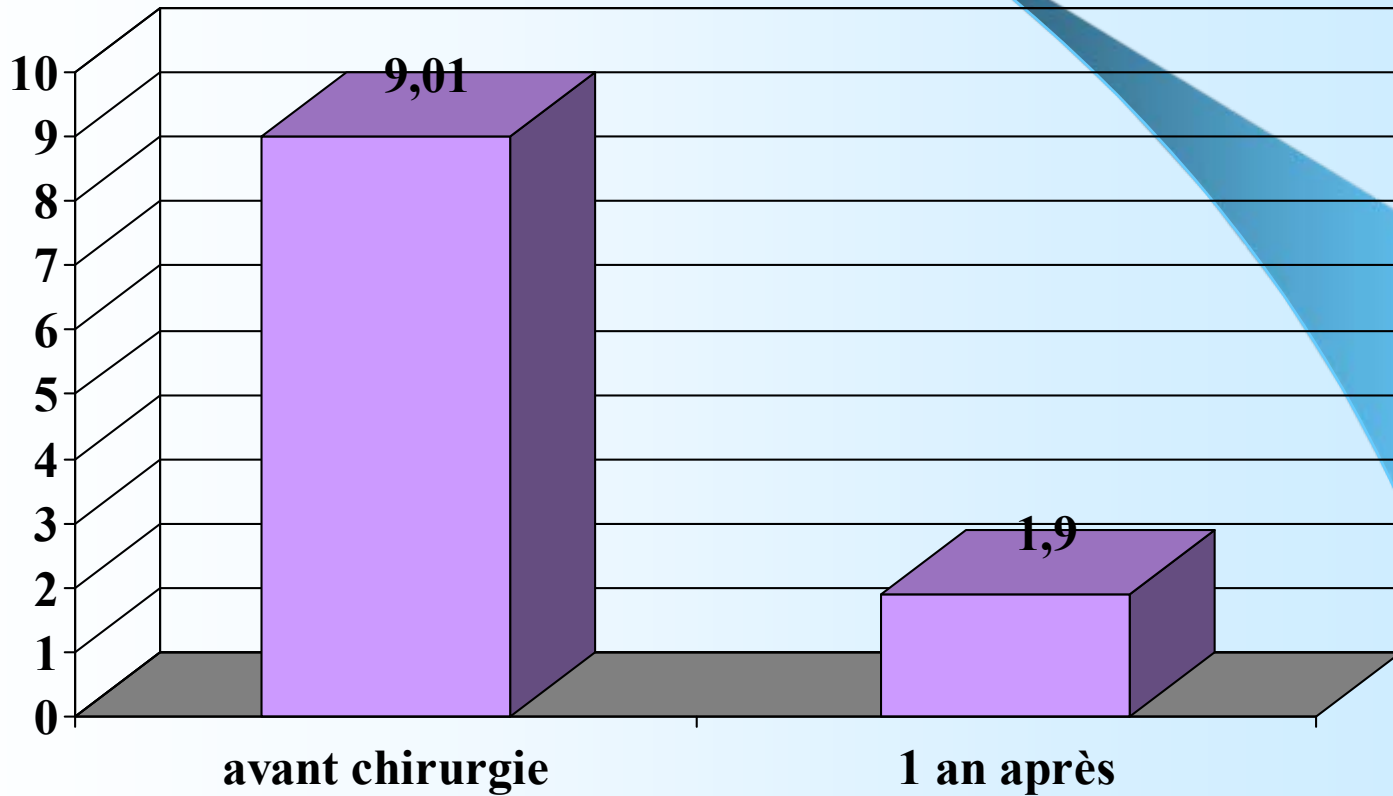
# Données générales

- Sujets : 84 sujets soumis à bypass gastrique
- Sexe: 76,2 % femmes  
23,8 % hommes
- Age moyen: 38,0 ans (18-65)
- BMI moyen : 43,3 (33,8-64.3)

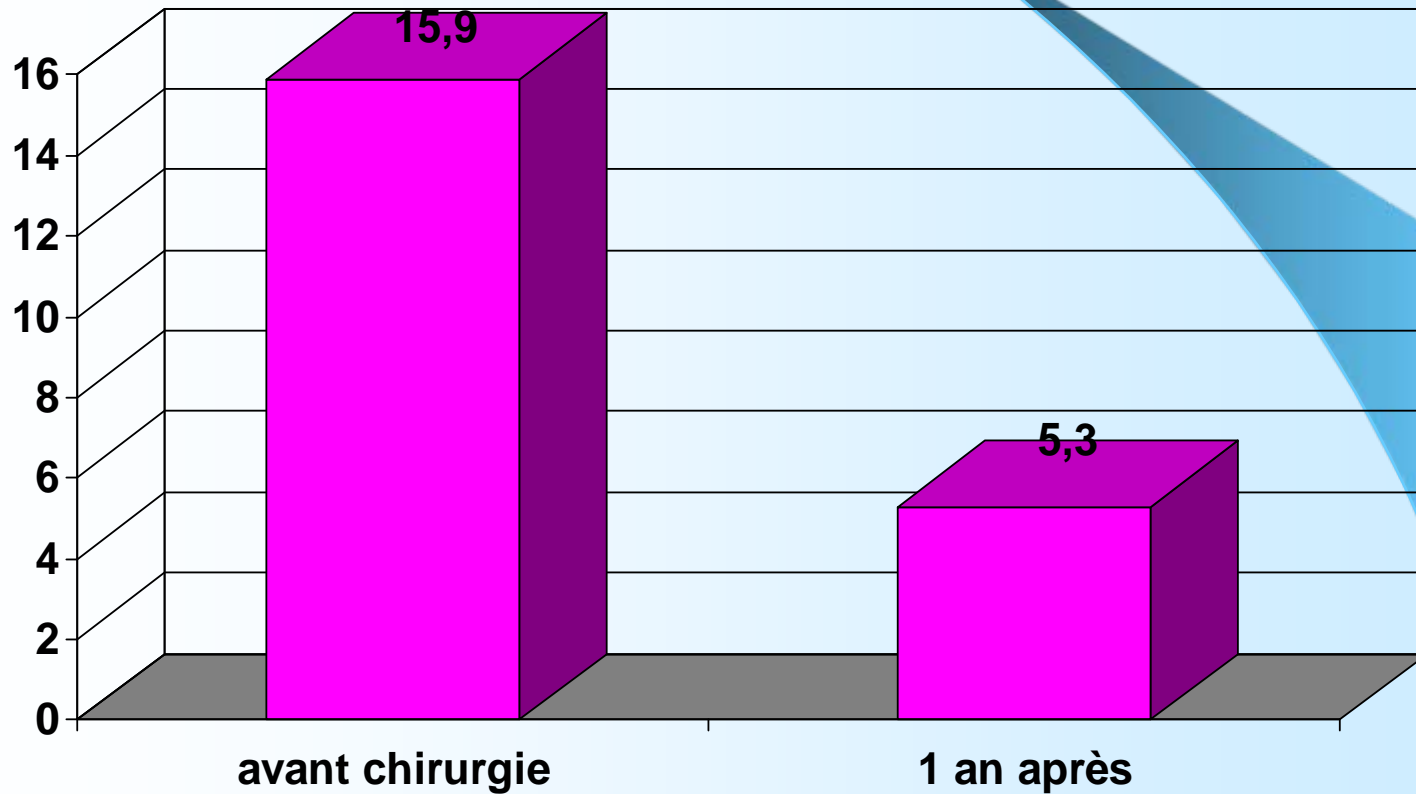
# BMI



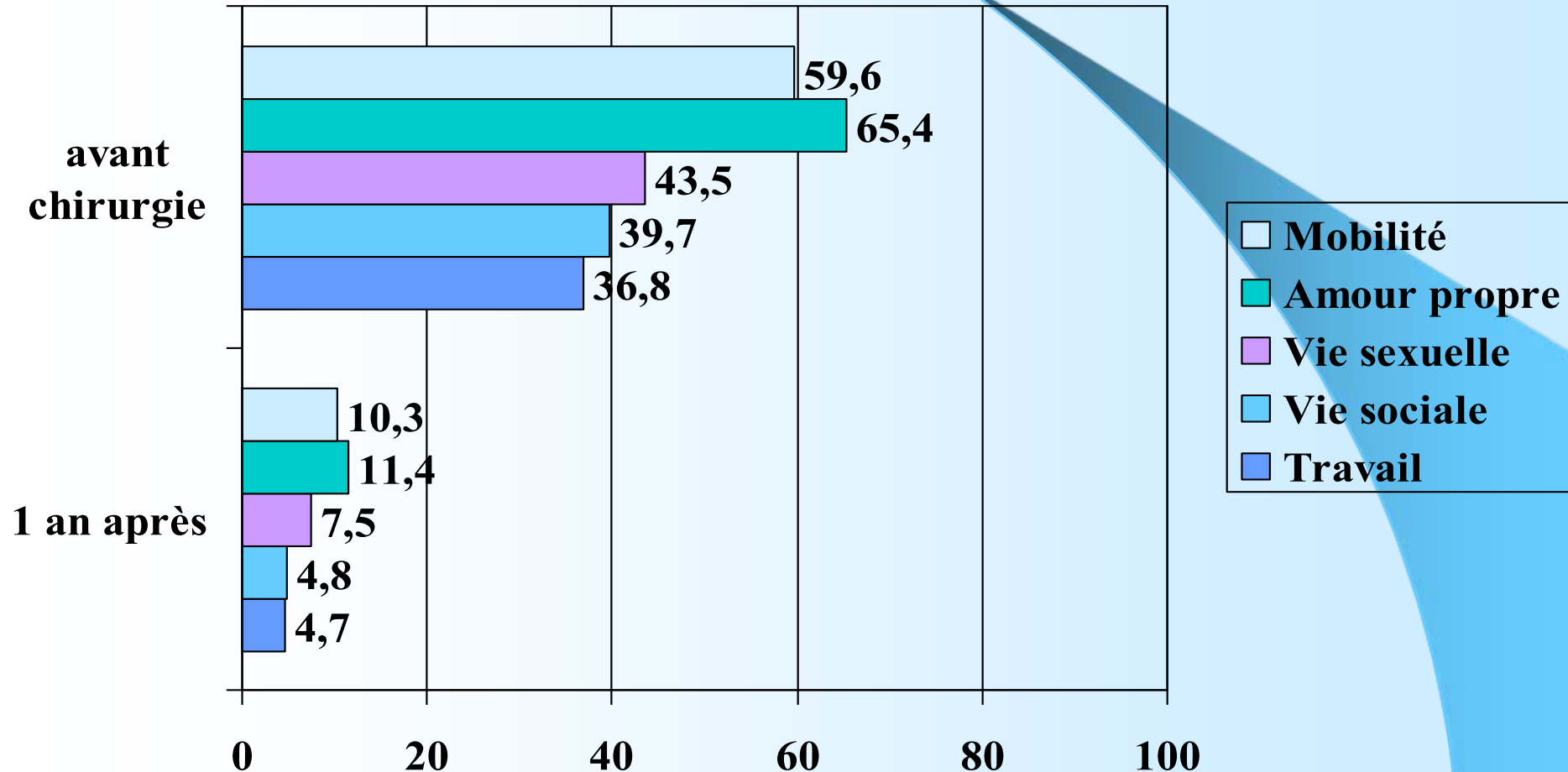
# Dépression (Beck Depression Inventory)



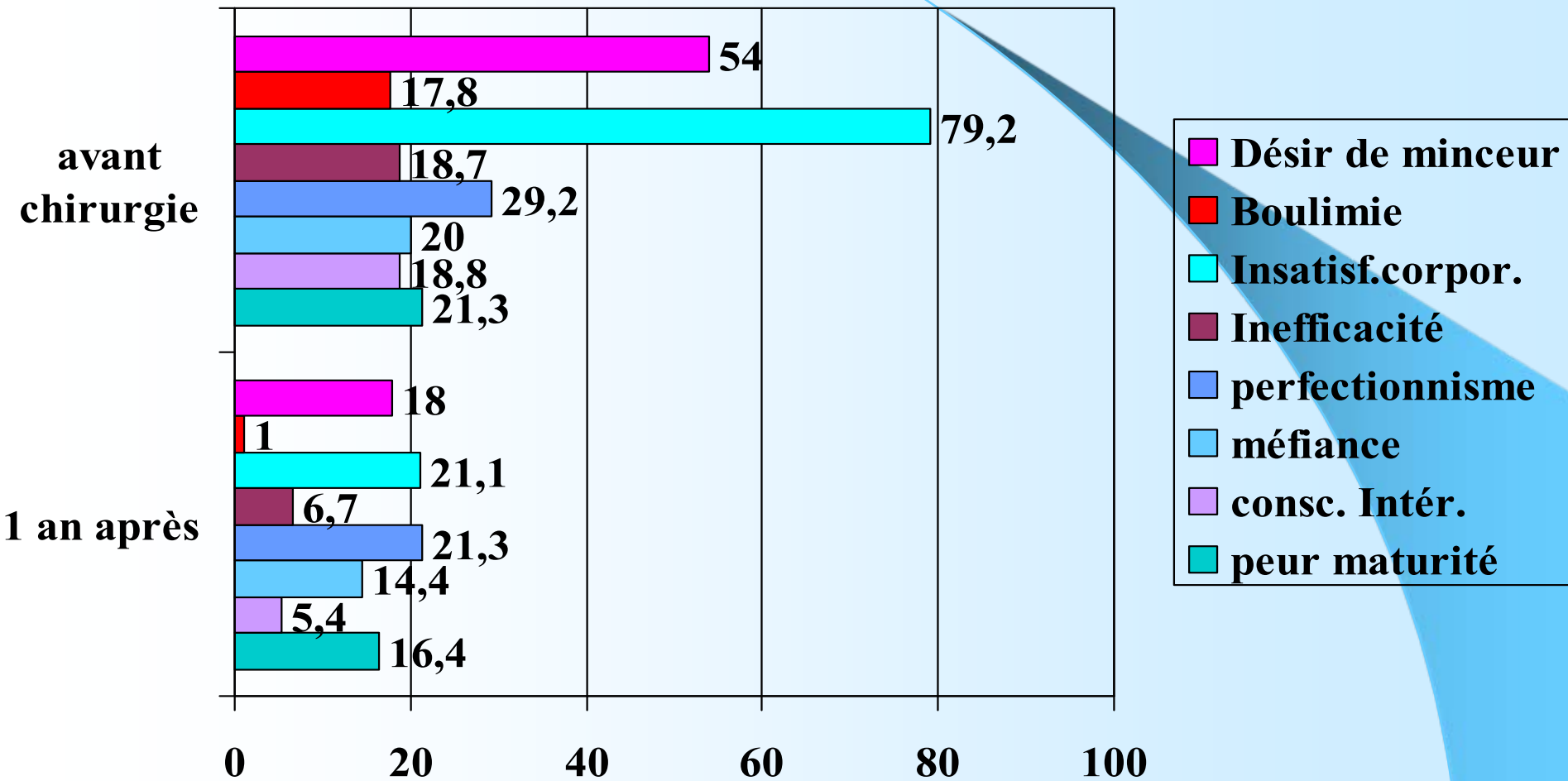
# Anxiété (Beck Anxiety Inventory)



# Mauvaise qualité de vie (IWQOL-Lite)



# Eating Disorder Inventory



# L'obésité et les troubles psychiques

## Sous-groupes obèses à risque

### *Sexe féminin*

- Souffrent dix fois plus de troubles alimentaires que les hommes.
- Sont plus à risque de troubles de l'humeur, parfois même de trouble de la personnalité. *Fabricatore (2000)*

### *Obèses souffrant d'hyperphagie boulimique*

- Risque élevé de dépressions
- Risque élevé de troubles de la personnalité: le caractère se distingue par de l'agressivité, de la colère, de l'hostilité, de l'impulsivité et de la critique. *Fassino (2003)*

### *Obèses morbides*

- Prévalence augmentée d'hyperphagie boulimique
- Prévalence augmentée de dépression, de troubles anxieux, de boulimie, de dépendance tabagique, et de troubles de la personnalité (Borderline). *Black (2003)*
- Prévalence augmentée de suicide chez les obèses sévères (IMC>40) et très augmentée chez les obèses extrêmes (IMC>50). *Dong (2003)*

# Conséquences psychosociales de l'obésité

Stigmatisation du poids	Augmentation du risque de stigmatisation, incluant la moquerie et des pratiques d'emploi discriminatoires. Les femmes obèses ont moins de probabilités de se marier
Conséquences psychologiques globales	Faible évidence des altérations sur l'anxiété et dépression en population non clinique. Forte évidence pour la population clinique. Mauvaise estime de soi
Conséquence spécifiques en relation avec le poids	Forte évidence pour association positive entre obésité et insatisfaction corporelle.
Conséquences comportementales	Association entre obésité, pratiques non saines et hyperphagie boulimique. Association inverse entre obésité et activité physique.

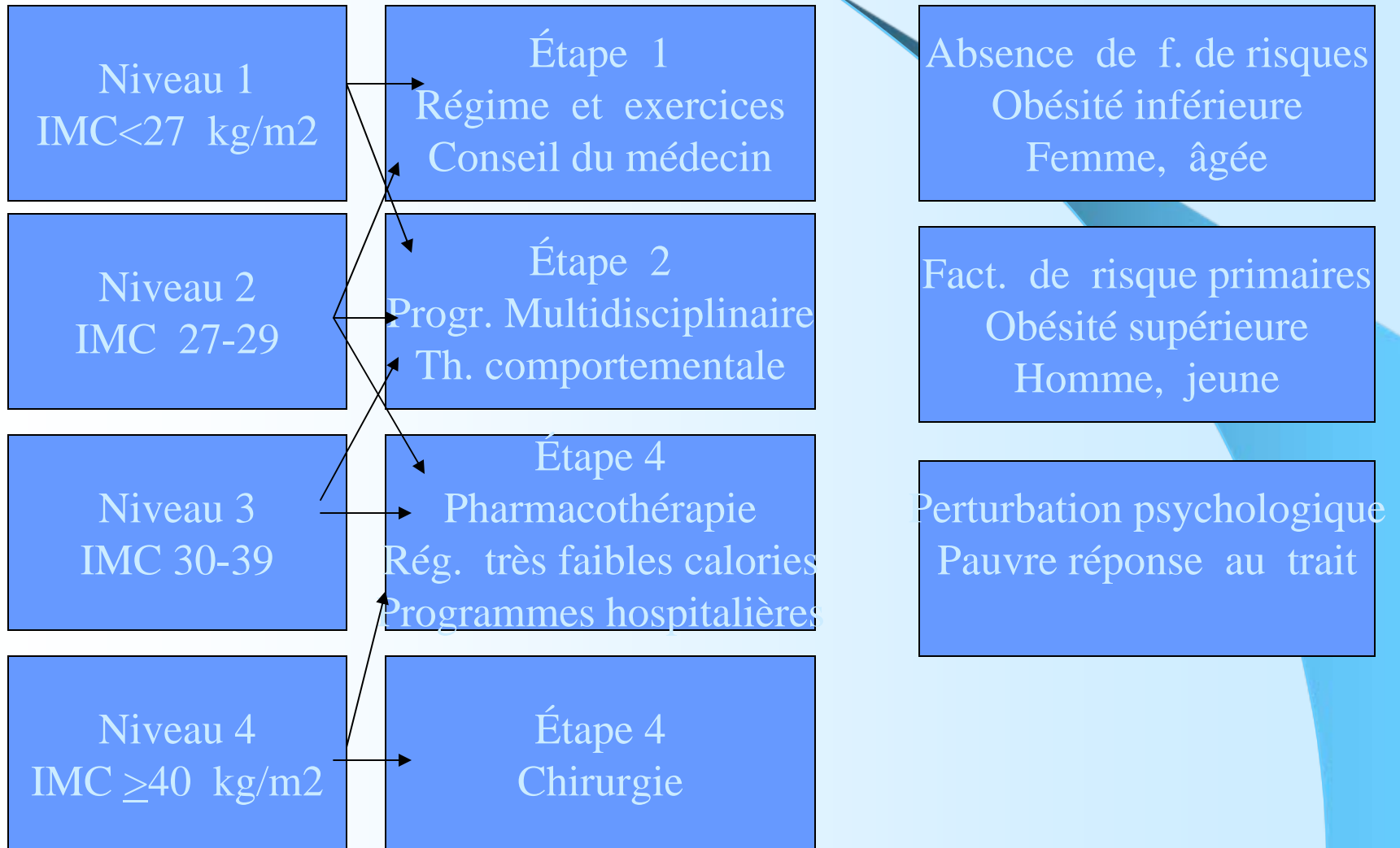
# Psychothérapie pour l'obésité?



# Objectifs du traitement de perte de poids

- L'objectif doit être établi entre l'équipe médicale (médecin, diététicien, psychologue) après un bilan physique et psychologique.
- Le premier objectif est de perdre 10% du poids dans un période de 6 mois (objectif réaliste).

# Sélection du traitement

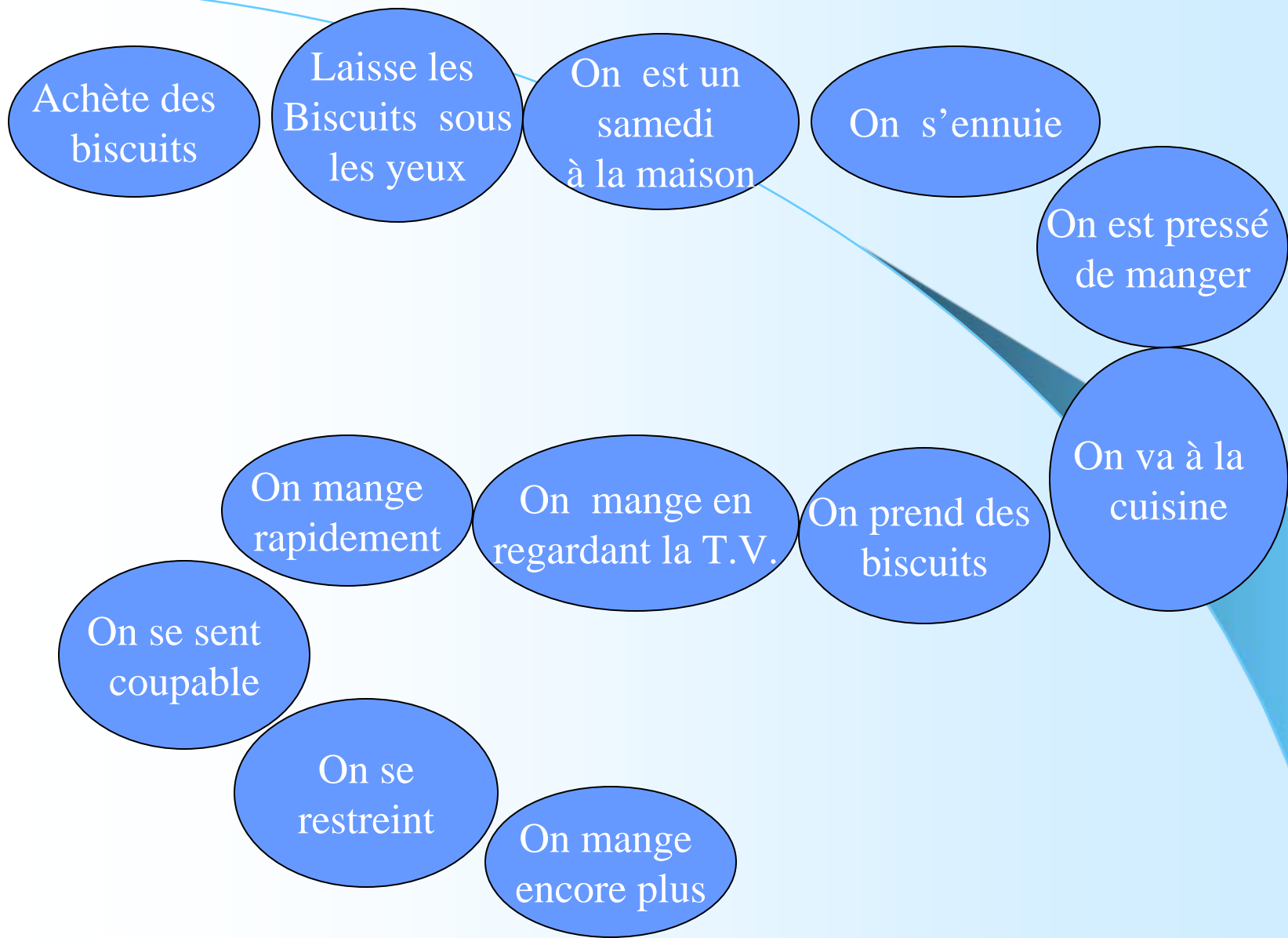


# Thérapie comportementale

A decorative graphic element on the right side of the slide, consisting of a light blue curved shape that transitions into a darker blue curved shape, resembling a stylized arrow or a swoosh.

# Objectif

- Aider les patients à identifier et à modifier l'alimentation, l'activité et les pensées qui contribuent à l'excès de poids.



# Traitement comportemental

- Ces traitements comprennent auto contrôle, éducation nutritionnelle, activité physique et restructuration cognitive.
- Le programme peut être individuel ou en groupe.
- Le programme en groupe est supérieur en résultat au programme individuel.

# Restructuration cognitive

- La RC apprend aux patients à identifier, à faire face et à corriger les pensées irrationnelles qui perturbent les efforts pour diminuer le poids.
- Ces pensées existent au niveau de:  
apprendre à maîtriser les contretemps et à accepter des pertes de poids très discrètes.

# Résultats du traitement comportemental: court terme: études cliniques randomisées

	1974	1978	1985- 1987	1988- 1990	1991- 1995
N°études	15	17	13	5	5
Poids initial	73.4	87.3	87.2	91.9	94.9
Long.du traitement.	8.4	10.5	15.6	21.3	22.2
P.de poids /semaine	0.5	0.4	0.5	0.4	0.4
Long.suivi	15.5	30.3	48.3	53.0	47.7
Perte du poids(kg)	3.8	4.2	8.4	8.5	8.5

# Résultats du traitement comportemental à long terme

Étude	N°	Traitement	Perte du poids maximale	% de perte du poids au dernier R-V
Perri et al. 1988	25/19	LCD +TCC hebdomadaire.	14% à 20 sem.	13% à 72 sem.
Viegener et al. 1990	43/30	LCD +TCC hebdomadaire.	9% à 16 sem.	9% à 52 sem.
Wadden et al. 1992	21/17	LCD +TCC hebdomadaire.	14% à 52 sem.	12% à 72 sem.
Wing et al. 1994	48/41	LCD +TCC hebdomadaire.	13% à 26 sem.	10% à 52 sem.

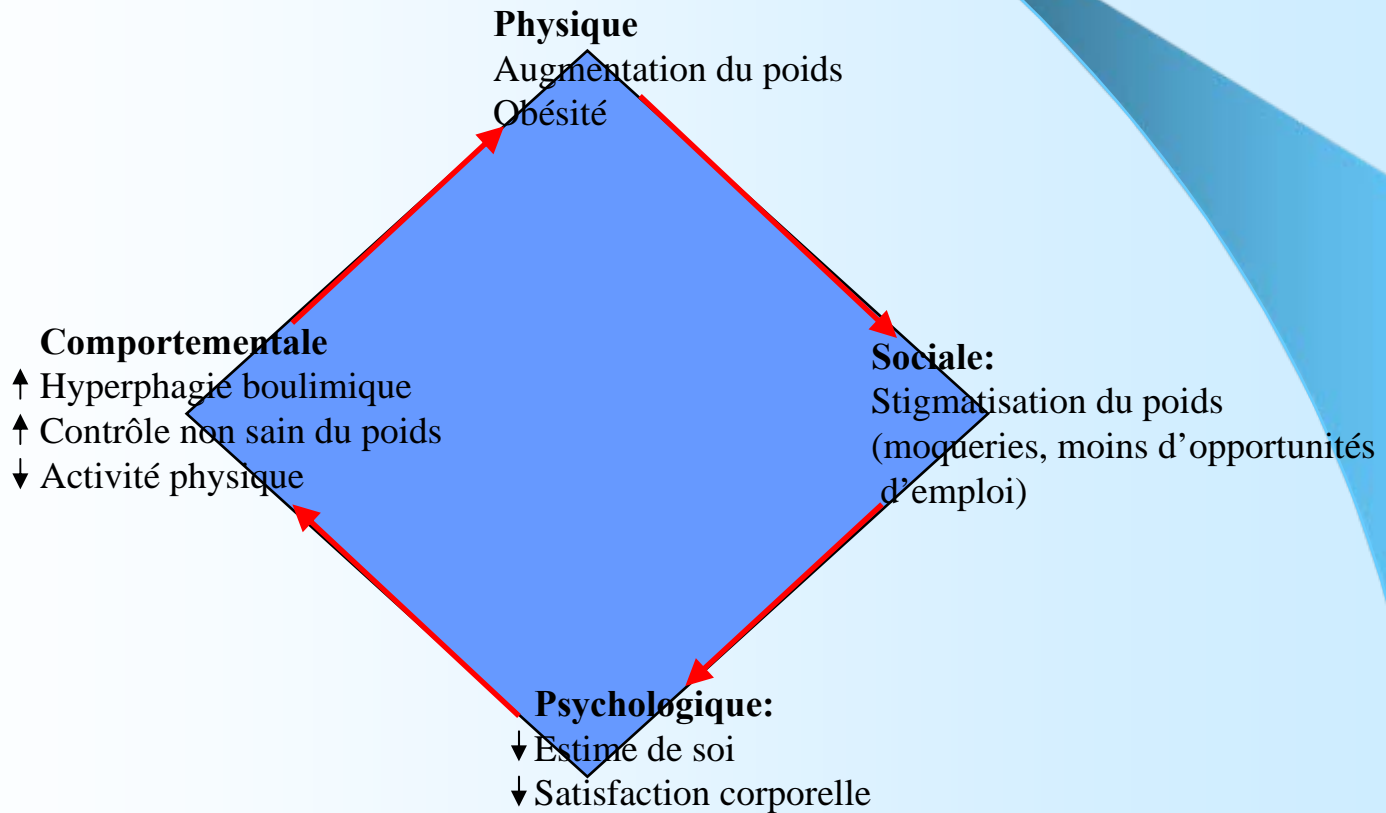
# Résultats de traitements comportementaux

- La révision d'études contrôlées et randomisées ont montré que les participants perdent environ 9% (8.5 kg) de leur poids initial en 20 semaines.
- Plusieurs études ont démontré des bénéfices à long terme, par exemple une tendance au maintien du poids perdu.
- Les études montrent que la longueur du traitement augmente le succès.
- Le traitement à long terme permet plutôt le maintien que l'augmentation de la perte de poids.

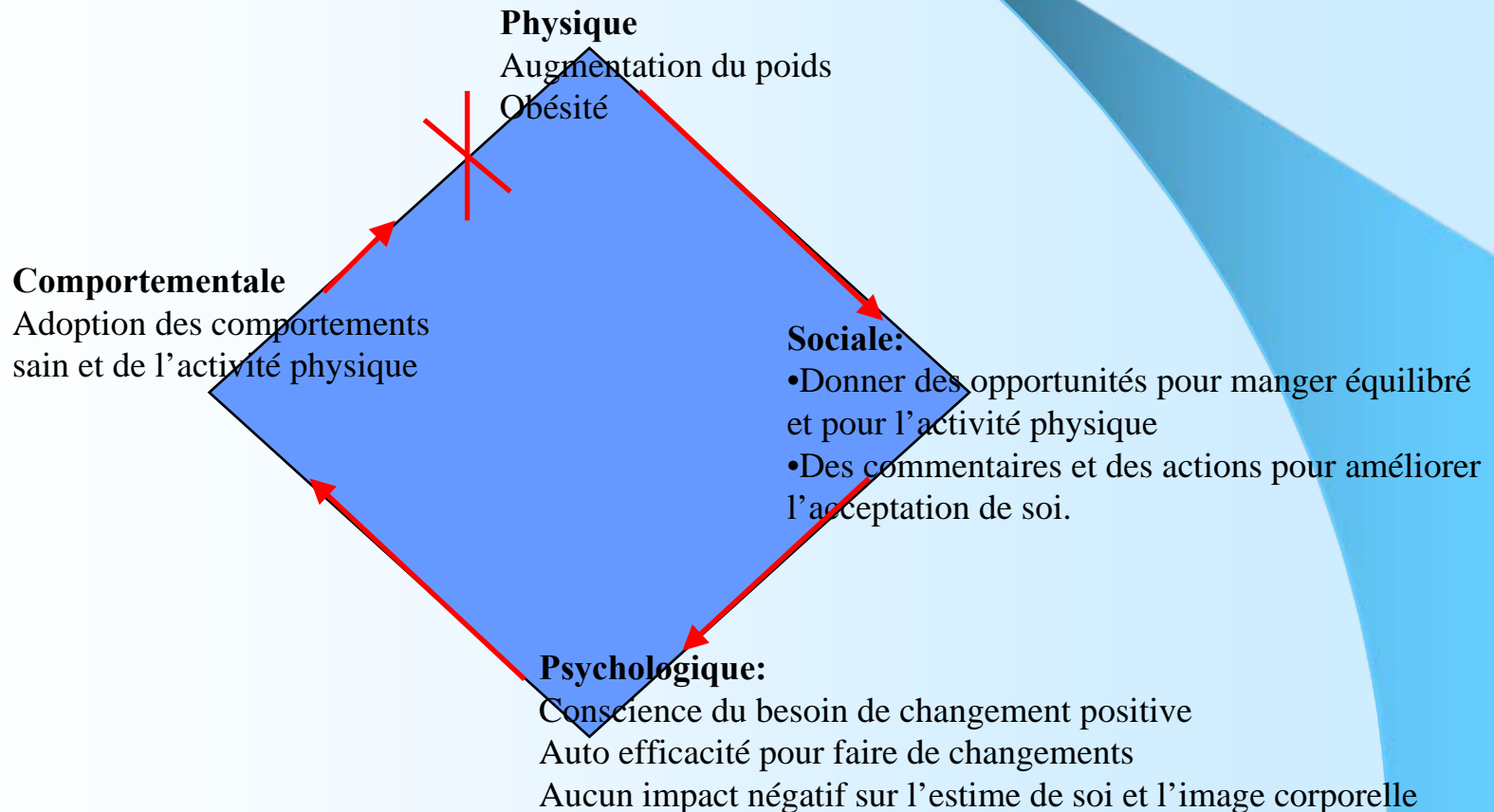
# Prévention de l'obésité et de la stigmatisation du poids: Est-ce possible?



# Stigmatisation du poids et conséquences psychologiques adverses



# Une proposition d'un cycle alternative: rompre le cycle



# Comment peut-on intervenir pour prévenir ou diminuer les problèmes psychologiques ?

- Diminuer la stigmatisation liée au poids
- Augmenter les habilités des sujets obèses pour lutter contre la stigmatisation
- Apporter du soutien aux obèses

# Conclusions

- Du à la stigmatisation, les sujets obèses sont une population à risque pour développer des problèmes psychosociaux (dépression, mauvaise estime de soi, insatisfaction corporelle, hyperphagie boulimique et mauvais qualité de vie).
- Le sujets plus à risque sont les femmes, les jeunes, les obèses sévères et les sujets qui souffrent des troubles alimentaires.
- Il y a des stratégies à appliquer aux sujets concernés et à leur environnement pour diminuer et prévenir des troubles psychiques et une aggravation de l'obésité.



CENTRE DE RECHERCHE PUBLIC

LABORATOIRE DES TROUBLES ÉMOTIONNELS



## Hôpital de jour psychiatrique pour adultes

### Chef de laboratoire:

Pr. Charles PULL, MD, PhD

### Chercheurs:

Dr Gloria AGUAYO, MD, MA

Marc DAMME, Psychologue

### Informaticien:

Maxime LARCELET

### Chef de service et psychiatre:

Charles PULL

### Psychologue psychothérapeute:

Françoise MUNSTER

### Psychologue psychomotricienne:

Lizzie SEVEN

### Infirmière psychiatrique:

Paula PEREIRA



**Merci!**