



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE
RABAT



Année: 2018

Thèse N°: 412

**EVALUATION DE L'IMPACTE DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE
SUR LA QUALITE DE VIE ET L'ESTIME DE SOI
ENQUETE MENEES SUR VINGT PATIENTS**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le : 28/12/2018

PAR

Madame Amina BICHRA

Née le 09 Octobre 1992 à Casablanca

De L'Ecole Royale du Service de Santé Militaire - Rabat

*Pour l'Obtention du Diplôme de
Docteur en Médecine*

Mots Clés : Chirurgie bariatrique; Obésité; Qualité de vie; Estime de soi

Membres du Jury :

Monsieur Abdelouahed BAITE

Professeur d'Anesthésie Réanimation

Monsieur Abdelmounaim AIT ALI

Professeur de Chirurgie Viscérale

Monsieur Mohamed Zakariya BICHRA

Professeur de Psychiatrie

Monsieur Ahmed BOUNAIM

Professeur de Chirurgie Viscérale

Monsieur Farid SABBAH

Professeur de Chirurgie Viscérale

Monsieur Mohamed KADIRI

Professeur de Psychiatrie

Monsieur Mustapha BENSghir

Professeur d'Anesthésie Réanimation

Monsieur Yassine OTHMAN

Professeur Assistant de Psychiatrie

Président

Rapporteur

Invité d'honneur

Juge

Juge

Juge

Juge

Membre associé

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما
علمتنا إنك أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31



UNIVERSITE MOHAMMED V

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

RABAT



DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ – HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen

Professeur Mohamed ADNAOUI

Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes

Professeur Mohammed AHALLAT

Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération

Professeur Taoufiq DAKKA

Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie

Professeur Jamal TAOUFIK

Secrétaire Général

Mr. Mohamed KARRA

1-ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne – **Clinique Royale**
Anesthésie -Réanimation
pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSAID Younes

Pathologie Chirurgicale

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUY Mohamed

Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1989

Pr. ADNIAOUI Mohamed
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – **Doyen de la FMPR**
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. TAZI Saoud Anas

Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUDA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Anesthésie Réanimation – **Doyen de la FMPO**
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique **Méd Chef Maternité des Orangers**
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV Rabat**
Chimie thérapeutique **V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC+Directeur du Médicament**

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. EL OUAHABI Abdessamad

Chirurgie Générale **Doyen de FMPT**
Anesthésie Réanimation
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie

Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSEINI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan

Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques Doyen de la FMPS
Gynécologie Obstétrique
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- Directeur CHIS -Rabat
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie – Orthopédie
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Urologie Directeur Hôpital My Ismail Meknès
Chirurgie – Pédiatrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - Directeur du Service de Santé des FAR
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale

Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Pédiatrie
Radiologie
Néphrologie
Cardiologie Directeur Hôp. Mil.d'Instruction Med V Rabat

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie Directeur Hôp. Arrazi Salé
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*

Neurologie – Doyen de la FMP Abulcassis
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie Directeur Hôp. My Youssef
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie Directeur Hôp. Chekikh Zaied
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pédiatrie
Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJILIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSE Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIK BENCHEKROUN Soumia

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie **Directeur. Hôp.d'Enfants Rabat**
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie

Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RACHID Khalid *
 Pr. RAISS Mohamed
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 Pr. RHOUE Hakima
 Pr. SIAH Samir *
 Pr. THIMOU Amal
 Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*
 Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 Pr. BOULAADAS Malik
 Pr. BOURAZZA Ahmed*
 Pr. CHAGAR Belkacem*
 Pr. CHERRADI Nadia
 Pr. EL FENNI Jamal*
 Pr. EL HANCHI ZAKI
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 Pr. HACHI Hafid
 Pr. JABOUIRIK Fatima
 Pr. KHARMAZ Mohamed
 Pr. MOUGHIL Said
 Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
 Pr. TARIB Abdelilah*
 Pr. TIJAMI Fouad
 Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
 Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
 Pr. ALLALI Fadoua
 Pr. AMAZOUZI Abdellah
 Pr. AZIZ Nouredine*
 Pr. BAHIRI Rachid
 Pr. BARKAT Amina
 Pr. BENYASS Aatif
 Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 Pr. EL HAMZAOUI Sakina*

Chirurgie Pédiatrique
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Rhumatologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Rhumatologie **Directeur. Hôp. Al Ayachi Salé**
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Biophysique
 Microbiologie

Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Cardiologie (mise en disponibilité)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRISS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Decembre 2006

Pr SAIR Khalid

Chirurgie générale **Dir. Hôp.Av.Marrakech**

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation **Directeur ERSSM**

Pr. BALOUCH Lhousaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. EL BEKKALI Youssef *
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Nouredine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOU SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2008

Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. AGDR Aomar*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir

Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio-vasculaire
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologie biologique
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Chirurgie Générale

Médecine interne
 Pédiatre
 Chirurgie Générale
 Neurologie
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie **Directeur Hôp.des Spécialités**

Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Decembre 2010

Pr.ZNATI Kaoutar

Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie orthopédique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie

Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie
 Gastro entérologie
 Anatomie pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie générale
 Hématologie biologique
 Anatomie pathologique

Anatomie Pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie

**Enseignants Militaires*

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
Pr. BENSGHIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JOUDI Rachid*
Pr. EL KABABRI Maria
Pr. EL KHANNOUSSI Basma
Pr. EL KHLOUFI Samir
Pr. EL KORAICHI Alae
Pr. EN-NOUALI Hassane*
Pr. ERRGUIG Laila
Pr. FIKRI Meryim

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie biologique
Informatique Pharmaceutique
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique et Bromatologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie
Anatomie Pathologie
Anatomie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Physiologie
Radiologie

Pr. GHFIR Imade
 Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 Pr. KABBAJ Hakima
 Pr. KADIRI Mohamed*
 Pr. LATIB Rachida
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUI Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUBEJJA Houda
 Pr. OUKABLI Mohamed*
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim*
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua*
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan*
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali*

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*

MAI 2013

Pr. BOUSLIMAN Yassir

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah
 Pr. BENCHAKROUN Mohammed *
 Pr. BOUCHIKH Mohammed
 Pr. EL KABBAJ Driss *
 Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira *
 Pr. HARDIZI Houyam
 Pr. HASSANI Amale *
 Pr. HERRAK Laila
 Pr. JANANE Abdellah *
 Pr. JEAIDI Anass *

Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

Toxicologie

Chirurgie Thoracique
 Traumatologie- Orthopédie
 Chirurgie Thoracique
 Néphrologie
 Biochimie-Chimie
 Histologie- Embryologie-Cytogénétique
 Pédiatrie
 Pneumologie
 Urologie
 Hématologie Biologique

Pr. KOUACH Jaouad*
Pr. LEMNOUER Abdelhay*
Pr. MAKRAM Sanaa *
Pr. OULAHYANE Rachid*
Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar
Pr. SABRY Mohamed*
Pr. SEKKACH Youssef*
Pr. TAZI MOUKHA Zakia

Génycologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Généologie-Obstétrique

AVRIL 2014

Pr.ZALAGH Mohammed

ORL

PROFESSEURS AGREGES :

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKASSEM Rachid*
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila
Pr. BEKKALI Hicham *
Pr. BENAZZOU Salma
Pr. BOUABDELLAH Mounya
Pr. BOUCHRIK Mourad*
Pr. DERRAJI Soufiane*
Pr. DOBLALI Taoufik*
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim*
Pr. EL MARJANY Mohammed*
Pr. FEJJAL Nawfal
Pr. JAHIDI Mohamed*
Pr. LAKHAL Zouhair*
Pr. OUDGHIRI Nezha
Pr. RAMI Mohamed
Pr. SABIR Maria
Pr. SBAI IDRISSE Karim*

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

AOUT 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHRI Latifa

Dermatologie
Rhumatologie

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. EL ASRI Fouad*
Pr. ERRAMI Nouredine*
Pr. NITASSI Sophia

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

JUIN 2017

Pr. ABI Rachid*

Pr. ASFALOU Ilyasse*

Pr. BOUAYTI El Arbi*

Pr. BOUTAYEB Saber

Pr. EL GHISSASSI Ibrahim

Pr. OURAINI Saloua*

Pr. RAZINE Rachid

Pr. ZRARA Abdelhamid*

Microbiologie

Cardiologie

Médecine préventive, santé publique et Hyg.

Oncologie Médicale

Oncologie Médicale

O.R.L

Médecine préventive, santé publique et Hyg.

Immunologie

** Enseignants Militaires*

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia

Pr. ALAMI OUHABI Naima

Pr. ALAOUI Katim

Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma

Pr. ANSAR M'hammed

Pr. BARKIYOU Malika

Pr. BOUHOUCHE Ahmed

Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz

Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia

Pr. DAKKA Taoufiq

Pr. FAOUZI Moulay El Abbas

Pr. IBRAHIMI Azeddine

Pr. KHANFRI Jamal Eddine

Pr. OULAD BOUYAHYA IDRIS Med

Pr. REDHA Ahlam

Pr. TOUATI Driss

Pr. ZAHIDI Ahmed

Physiologie

Biochimie – chimie

Pharmacologie

Histologie-Embryologie

Chimie Organique et Pharmacie Chimique

Histologie-Embryologie

Génétique Humaine

Applications Pharmaceutiques

Biochimie – chimie

Physiologie

Pharmacologie

Biologie moléculaire/Biotechnologie

Biologie

Chimie Organique

Chimie

Pharmacognosie

Pharmacologie

Mise à jour le 10/10/2018

Khaled Abdellah

Chef du Service des Ressources Humaines



Dédicaces

À Allah

Tout puissant

Qui m'a inspiré

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenu

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde

À
FEU SA MAJESTE LE ROI
HASSAN II



Que Dieu ait son âme en sa Sainte Miséricorde.

À
SA MAJESTÉ LE ROI
MOHAMED VI

*Chef Suprême et Chef d'Etat-Major Général des Forces Armées
Royales*

Roi du MAROC et garant de son intégrité territoriale



Qu'Allah le glorifie et préserve son Royaume.

À
SON ALTESSE ROYALE
LE PRINCE HÉRITIER
MOULAY EL HASSAN



Que Dieu le garde.

À
SON ALTESSE ROYALE
LE PRINCE MOULAY RACHID



Que Dieu le protège.

À
TOUTE LA FAMILLE ROYALE

A

Monsieur le Général de Corps d'Armée

Abdelfattah LOUARAK

Inspecteur Général des FAR et Commandant de la Zone Sud

En témoignage de notre grand respect

Notre profonde considération et sincère admiration



A

Monsieur le Médecin Général de Brigade

Abdelhamid HDA

Professeur en Cardiologie.

Inspecteur du Service de Santé des Forces Armées Royales.

En témoignage de notre grand respect,

Et notre profonde considération

A

Monsieur le Médecin colonel major

El Mehdi ZBIR

Professeur en Cardiologie

Directeur de l'HMIMV –Rabat.

En témoignage de notre grand respect

Et notre profonde considération



A

Monsieur le Médecin Colonel Major

Mohammed ABBAR

Professeur d'urologie

Directeur de l'HMMI-Meknès.

En témoignant de notre grand respect

et notre profonde considération

A

Monsieur le Médecin Colonel Major

BOULAHYA Abdellatif

Professeur de Chirurgie Cardio – Vasculaire

Directeur de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech

*En témoignant de notre grand respect et notre profonde
considération*



A

Monsieur le Médecin Colonel Major Abdelouahed BAITE

Professeur d'Anesthésie Réanimation

Directeur de l'E.R.S.S.M

*En témoignage de notre grand respect
Et notre profonde considération.*

A

Monsieur le Médecin Colonel ZEHNOUN

Commandant du groupement formation et instruction

ERSSM

*En témoignant de notre grand respect
Et notre profonde considération*

A ceux qui me sont les plus chers

A ceux qui ont toujours cru en moi

A ceux qui m'ont toujours encouragé

Je dédie cette thèse à ... 

À Ma Chère maman : Lhbiba Lalla Zineb Barakate

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour tes innombrables sacrifices, tu m'as donné la vie et tu m'as appris à la vivre pleinement, tu m'as appris que donner procure plus de bonheur que

Recevoir, tu m'as appris que l'amour guérît tous les maux, que la famille passe avant tout et que le sérieux dans le travail et la patience donnent toujours des résultats. Tu m'as soutenu tout le long de ce parcours et aujourd'hui je ne serai pas là sans toi.

Longue vie à toi maman. Je t'aime très fort.

***À Mon Cher papa, mon maître, mon ange gardien,
Lhbib Si Zakariya Bichra***

Aucun mot, aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, ma gratitude, ma considération et l'amour éternel que je te porte papa Lhbib pour les sacrifices que tu as consenti pour mon éducation et mon bien être. Tu es papa, ma fierté et mon unique exemple à suivre pour toutes tes qualités humaines et professionnelles. Tu m'as appris le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité. En ce jour, j'espère réaliser l'un de tes rêves papa et j'espère ne jamais te décevoir. Oui ! C'est grâce à toi que je deviens médecin. Pour toutes les peines que tu as endurées en m'accompagnant durant ce long parcours, je ne peux qu'exprimer ma gratitude absolue. Ce modeste travail paraît bien dérisoire pour traduire une reconnaissance infinie envers un père aussi merveilleux dont j'ai la fierté d'être la fille

Je t'aime papa Lhbib

A Mon Adorable et tendre Epoux Sidi Walid Baouab

Aucun mot ne saurait exprimer

Mes sentiments les plus profonds envers toi.

Je pleure et j'écris en même temps, tellement je ne sais comment te remercier

7 ans de mariage, 7 ans de sacrifices, 7 ans d'amour

*Tu es en instance de thèse mon amour et tu sacrifie ton temps pour moi
encore une fois*

*Tu es mon meilleur ami avant d'être le meilleur mari, mon Ange sache que
tes sacrifices, ton soutien moral, ta gentillesse sans égale, ton profond
attachement m'ont permis de réussir mes études.*

Je t'assure que sans ton aide,

Tes conseils et tes encouragements ce travail n'aurait vu le jour.

Que ce travail soit le témoignage

de ma reconnaissance et de mon amour sincère et fidèle.

Je t'aime Mon Chéri

*Qu'Allah nous protège et puisse nous donner le plus beau des cadeaux, nos
enfants Inchaallah*

A mon très cher frère Youssef

Le plus beau

A travers ce travail je t'exprime tout mon amour et mon affection.

Sans toi ma vie n'aurait pas eu le même goût.

*Je te remercie pour tout ce que tu es, et je te souhaite beaucoup de réussite
dans ta carrière sportive mais aussi dans tout le reste.*

Je t'aime Mon Champion

A mon très cher frère Yassine

Mon Amour de frère, mon joyeux la prune de mes yeux,

*Tu es mon ange gardien, toujours présent à mes côtés pour me soutenir,
m'aider et m'encourager. Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que
tu as fait pour moi durant toutes ces années d'études je t'aime hbbi Yassine*

A mes chers Si Abderahim et Sifdine

*Qui m'ont accompagné par leurs prières, leur enthousiasme et de bons petits plats, puisse Dieu vous prêter longue vie et
Beaucoup de santé et de bonheur.*

A Ma Mamie Lalla Halima Tijani ,

*Une femme forte et humble à la fois. Éblouissante par sa sagesse, son
Discernement et son bon jugement. Tu es mon exemple de femme
combattante et pieuse
Je t'aime fort*

A la mémoire de mes grands-pères

Basidi Haj Tahar Barakate et Papi Si Sediq Bichra

Des hommes exceptionnels, remarquables par leurs valeurs et leur droiture.

*Je vous dédie ce travail Papi je ne t'ai pas connu mais je t'aime comme si
j'ai vécu toutes années à tes cotés Bassidi je t'aime fort tu as toujours été
fier de moi et m'a tellement appris.*

J'aurais tant aimé que vous soyez présents.

Que Dieu ait vos âmes en sa sainte miséricorde

A la mémoire de ma grand-mère Lhbiba

*Lalla Iza tu es et resteras toujours près de moi, ton odeur est gravée en moi
à jamais, ton amour me protège et m'accompagne là où je suis, je t'aime et je
te dédie cette thèse Que Dieu ait ton âme en sa Sainte miséricorde*

***Spécialement A MA TANTE Maternelle Lalla FATIMA Barakate et
tonton Abdelaaziz Wakidi Ainsi que IHabayeb Badr Hala Hiba Aicha***

*Vous êtes pour mon ma deuxième famille, Tati Lhbiba tu es une femme de
cœur, de défie, tu m'as appris à faire face à la vie tout en souriant, tu es
pleine d'amour sincère et de générosité immense je ne peux exprimer avec des
mots tout l'amour et l'affection que j'ai pour toi ma tati ainsi que pour mes
amours et tonton*

*J'ai beaucoup de chance de vous avoir à mes côtés, et je vous souhaite
beaucoup de bonheur et de réussite.*

*Veillez retrouver en ce travail l'expression de mon amour, ma gratitude et
mon grand attachement. Je vous aime*

***A mon Oncle adoré 'un Delice ' tonton Mustapha et tati Nabilla ainsi que
mes amours Fatima zahra , Chama et Mohamed Taha***

*Merci pour votre soutien, pour vos conseils et votre amour pour moi, Je
vous aime fort*

A ma tati Jimie et tonton Nabil ainsi que Anoussa et Saïf mes amours

Sachez

Que je ne peux exprimer par les mots ce que je ressens envers vous, ma tati je t'aime énormément tu es une maman pour moi et ce depuis mon jeune Age, toujours là pour moi aujourd'hui je te dis Merci du fond de mon cœur que Allah puisse vous protéger, je vous souhaite tout le bonheur du monde

A ma tati Lalla, Kabira, Khadija, Malika

Merci pour tout votre soutien et votre amour.

Vous m'as toujours épaulé, soutenu et conseillé.

Je vous aime

A mes Oncles Moulay Ahmed, Si Mohamed , Mhamed

A ma tati love love love Maria Bichra

*Ton ocytocine règne autour de toute personne à tes côtés, merci pour tout
l'amour que tu me porte je t'aime fort ma tati que allah te protege ainsi que
tonton, Sidi Ahmed et Ismail*

A ma tati Zinaba et tonton fahd

Je vous aime toujours là pour moi je vous remercie du fond du cœur

A Tonton Zouhair , Simohamed et Abdelhalim

Merci pour tout

A Mes Oncles et mes Tantes mes cousins et cousines

Veillez tous, chacun avec son nom, trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance, ma gratitude et mon respect le plus profond, en réponse de votre sympathie, gentillesse, votre aide et l'amabilité avec laquelle vous m'avez entouré.

Puisse Dieu vous garder en bonne santé, et vous prêter longue vie pleine de bonheur et de succès

A Nos Amis de la famille

***La famille Berrada, Elouardi , Boukili Makhoukhi, Lalla houria, tati
Tahi, tati nadia et si nordin, EL hani, A ma Mariama d'amour je t'aime
fort,***

Renee notre sœur de cœur on t'aime

*Vous nous avez accueillis chez vous, vous nous avez soutenus et aidé dans
les moments difficiles.*

*Je vous en serai toujours reconnaissante et soyez assurés de mon estime et
mon profond respect.*

***A Ousatdi Ameur, Oustadi Mehssani , Oustadi ElKandry, Oustadi
Mikdam, et Oustadi Mohtarim , Oustadi Alaoui***

*Vous êtes mes pères spirituels, je ne saurai vous remercier pour tout ce que
vous avez fait pour moi depuis petite je vois en vous mes exemples je vous
en suis reconnaissante*

***A tous Les chefs de services et maitres, je vous suis reconnaissante à jamais,
veuillez recevoir en ce jour tout l'amour que je vous porte,***

***A toute l'équipe de l'administration et biensur la famille du corps Social
spécialement Lalla Soumaya permettez-moi je vous remercier de tout mon
cœur.***

***A tous Nos voisins, on est devenu une famille, que ce soit la famille de
Ousatdi Belkhi , Oustadi Chouaib ,Oustadi Belyamani, Oustadi Benariba ,
Oustadi Benchebba, Tati Mahassine, Oustadi Siah , La famille Ba Allal et
tout ce qui j'ai omis de citer le noms***

A mon Frère de cœur Amine Maach

C'est avec un immense plaisir que je prends mon stylo pour t'écrire ces quelques mots. Les efforts que tu as fait pour nous, le temps que tu nous as donné, les conseils avisés qui éclaireront notre chemin...je ne pourrais jamais te remercier à la hauteur de ce que tu nous as donné. Merci, merci et merci encore ! On t'aime

A mon Ami Youssef benheddou

*Je te remercie du fond de mon cœur pour tout ce que tu as fait pour nous
walid et moi, on t'aime fort*

A mon ami Simohamed Bennani sache que walid et moi on t'aime fort

A ma Sœur de Cœur ma Suni d'amour et toute la famille

Comme tu le sais, j'ai traversé des moments si difficiles que plus d'une fois j'ai pensé que je ne verrais jamais le bout du tunnel. A chacun de ces moments, tu étais là pour me réconforter et m'aider à avancer. Je ne te remercierais jamais assez pour tout ce que tu as fait pour moi.

Dans les pires moments de ma vie, j'ai toujours pu compter sur toi. Je voulais que tu saches à quel point ton soutien a été d'une grande aide pour moi. Alors du fond du cœur...merci pour ton soutien Ma Jumelle

A ma famille de cœur et tout spécialement à tonton El Ouadoudi que j'aime tant

Vous êtes pour moi tonton, un père de cœur je ne cesserai de vous remercier pour tout l'amour et la bonté qui règne en vous et biensure toute la famille à commencer par ma tati Amina et ma chère Imane nos premiers jours de fac se sont fait ensemble, nos premiers pas dans l'armée ont fait que nos liens aujourd'hui sont fraternel plus que amical, je vous souhaite tout le bonheur du monde inchaalah je vous aime tous

A mes professeurs de l'école primaire est spécialement Mme Alaoui je vous aime ainsi que ceux du collège et lycée spécialement Madame El Aissaoui

Que j'aime tant merci ma Tati, c'est grâce à tout ce que tu as fait pour moi que j'ai pu être là aujourd'hui, fière d'être ton élève et ta fille de cœur

A tous mes amis(e) :

Ma Nirmiine et Simohamed, la Paix armée Farahi, Hajourati et Simohamed, Hamza et khalti Ihbiba, Younes Khdach et Younes Boukhlifi , Amounti , Loubnati et Amir, Asmaï , Ma belle Mariama, Ma Renée ,Ma Najlaili , Bentahar, Khadijti , Omar , Tamer, Ikhlassi et Yassine , Lina, Hatimi , Mounir , Slimane Si Hicham et Ba Ihaj Ali, Saad ,Assia ,ma Rim, Sissoko , Yoyo, Fatima , Abderahman, Si Ait Oukdim , Si Kerbal, et toutes mes amies que j'ai omis de citer

En souvenir des moments agréables passés ensemble, veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma tendre affection et mes sentiments les plus respectueux avec mes vœux de succès, de bonheur et de bonne santé

A mes confrères Médecins, Merci pour la belle qualité de relations qu'on entretient humainement et professionnellement

Merci à toutes les équipes et surtout de Psychiatrie, chirurgie viscérale et des urgences, qui m'ont aidé dans ce travail, toujours avec le sourire et la bonne humeur je vous en suis reconnaissante

A mon Ecole Royale de Sante et de Service Militaire, je vous remercie un par un, accepter mes sincères salutations et mes profonds respects.

A tous ceux que j'ai omis de citer.

Que ce travail soit le témoignage des bons moments que nous avons passé ensemble.

J'espère pour vous une vie pleine de bonheur.

A Tous les professeurs de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat et ceux de l'université Mohamed V Souissi qui ont contribué à notre formation.

A Tout le personnel de l'Hôpital Militaire de Rabat exerçant dans ses différents services et unités

Je fermerai page en remerciant tous ceux de près ou de loin m'ont soutenu moralement, physiquement et financièrement durant ces longues années estudiantines.



Remerciements

A notre maitre et président de thèse

Monsieur le Pr. A BAITE

***Professeur d'Anesthésie Réanimation et Directeur
de l'Ecole Royale du Service de Santé Militaire-Rabat***

*C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury
de notre thèse.*

*Permettez-moi Maitre de vous témoigner ici ma profonde gratitude et mes
respects les plus sincères*

*Veillez accepter cher Maitre nos vifs remerciements pour la présence et la
sympathie dont vous avez fait preuve. Et sachez que vous êtes tel un père
pour moi. Merci Infiniment Que Allah le tout puissant vous protégé ainsi
que votre honorable famille*

A notre maitre et Rapporteur de thèse

Monsieur le Pr. A. Ait Ali

***Professeur de Chirurgie Viscérale, Chef de Service de Viscérale II, l'Hôpital
Militaire d'Instruction Militaire Mohamed V Rabat***

*C'est un grand honneur que vous m'avez fait en acceptant d'être le
rapporteur de ma thèse.*

*Vous m'avez inspiré le sujet de ce travail et vous avez su me guider avec
simplicité et gentillesse jusqu'à sa réalisation. Votre bonté et votre rigueur
de travail resteront pour moi le meilleur exemple. Veuillez accepter cher
Maitre mes vifs remerciements pour l'aide de la compréhension que vous
m'avez apporté durant l'élaboration de ce travail.*

*Seul Allah sait combien tout ma famille vous aime Que Allah le tout
puissant vous protège ainsi que votre honorable famille*

A notre professeur et juge de Thèse

Monsieur le Pr. A.Bounaim

***Professeur de Chirurgie Viscérale, Chef de Service de Viscérale I, l'Hôpital
Militaire d'Instruction Militaire Mohamed V Rabat***

Je vous remercie cher maître de m'avoir honoré par votre présence.

*Vous avez accepté aimablement de juger cette thèse. Cet honneur nous
touche*

Infiniment et je tiens à vous exprimer ma profonde reconnaissance.

*Veuillez accepter, chère maître, dans ce travail l'assurance de mon estime et
mon profond respect. Qu'Allah vous protège ainsi que votre Honorable
famille. Mes respects les plus sincères*

A notre professeur et juge de Thèse

Monsieur le Pr M.Kadiri

***Professeur de Psychiatrie du Service de Psychiatrie, l'Hôpital Militaire
d'Instruction Mohamed V Rabat***

Votre présence au sein de notre jury constitue pour nous un grand honneur.

Par votre modestie, vous nous avez montré la signification morale de notre profession. Qu'il nous soit permis de vous présenter à travers ce travail le

témoignage de notre grand respect et l'expression de notre profonde reconnaissance. J'ai grandi avec vous cher maître et votre présence est pour moi un bonheur. Qu'Allah vous protège ainsi que toute votre Honorable

famille Mes respects les plus sincères

***A notre professeur et juge de
Thèse Monsieur le Pr. F. Sabbah
Professeur de Chirurgie Viscéral du Service de Chirurgie C, l'Hôpital CHU
Ibn Sina, Rabat***

Votre assistance parmi les membres de notre jury de thèse nous honore.

*Croyez cher professeur en notre sincère gratitude et pour l'estime
qu'on vous porte.*

*Nous vous exprimons nos plus vifs Remerciements et nous vous prions de
trouver, ici Le témoignage de notre reconnaissance et notre Profond respect.
Vous êtes un exemple pour moi cher maitre, recevez mon profond et sincère
remerciement. Qu'Allah le tout puissant vous protège ainsi que votre
honorable famille*

A notre professeur et juge de Thèse

Monsieur le Pr. M.Bensghir

***Professeur d'Anesthésie Réanimation, l'Hôpital Militaire
d'Instruction Militaire Mohamed V Rabat***

Nous avons été touchés par la bienveillance et la cordialité de votre accueil.

*Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant
de juger notre travail.*

C'est pour nous l'occasion de vous témoigner estime et respect

Qu'Allah le tout puissant vous protège ainsi que votre honorable famille

Mes respects les plus sincères

A mon professeur Y. Otheman et co-rapporteur

***Professeur Assistant du Service de Psychiatrie, l'Hôpital Militaire
d'Instruction Militaire Mohamed V Rabat***

*Pour vos propositions judicieuses, inhérentes au choix du sujet de cette
thèse. Pour les efforts inlassables que vous avez déployés pour que ce
travail soit élaboré. Pour votre soutien indéfectible et votre compétence à
toutes les étapes de ce travail. Veuillez accepter mes sincères remerciements
de même que le témoignage de mon profond respect*

Qu'Allah le tout puissant vous protège ainsi que votre honorable famille

***Et à Notre très cher Maître,
invité d'honneur et père Pr M.Z BICHRA***

***Professeur de Psychiatrie et Chef de service de Psychiatrie, Hôpital
Militaire D'Instruction Mohamed V Rabat***

*Que Dieu, le tout puissant, te protège et t'accorde santé et longue vie, afin
que je puisse te rendre un minimum.*

*Que ce travail soit témoignage de mes sentiments les plus sincères et
Les plus affectueux.*

*Ces quelques mots ne sauront exprimer combien je suis fière d'être ta fille,
je t'aime*



Liste des abréviations

Abréviations

BAROS	: Bariatric Analysis and Reporting Outcome System
DT2	: Diabète de type 2
EDS	: Estime de soi
FAO	: Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
HCP	: Haut-commissariat au plan
HMIM-V	: Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V
HTA	: Hypertension artérielle
IMC	: Indice de masse corporelle
NIH	: National Institutes of Health
OMS	: organisation mondiale de sante
QDV	: Qualité de vie
SAOS	: Syndrome d'apnée obstructif de sommeil
MAQoL II	: Moorehead-Ardelt Quality of Life II



Liste des illustrations

Liste des figures

Figure 1 : Différents domaines pouvant être touchés par les complications de l'obésité	6
Figure 2 : Complications physiques de l'obésité.....	7
Figure 3 : Technique de gastroplastie par anneau gastrique modulable vue en opératoire à l'HMIMV	11
Figure 4 : Technique du Bypass gastrique	12
Figure 5 : Technique de gastrectomie partielle vue en opératoire à l'HMIMV	13
Figure 6 : Echelle de l'estime de soi de Rosenberg.....	27
Figure 7 : Score de BAROS	28
Figure 8: Répartition des patients selon le sexe	30
Figure 9 : Taux des comorbidités liées à l'obésité chez nos patients	32
Figure 10: Répartition des patients selon le type d'intervention chirurgicale	33
Figure 11 : IMC des patients avant et après la chirurgie bariatrique.....	34
Figure 12 : Effet de la chirurgie bariatrique sur la perte de poids des patients.....	35
Figure 13 : Effet de la chirurgie bariatrique sur les comorbidités.....	36
Figure 14 : Score des items de qualité de vie après la chirurgie bariatrique selon l'échelle de BAROS.....	38
Figure 15 : Score de BAROS de nos patients	39
Figure 16 : Score de l'estime de soi des patients avant et après la chirurgie bariatrique selon l'échelle de Rosenberg.	40

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patients selon l'IMC initial avant l'opération.....	31
Tableau II : Pourcentage de rémission des comorbidités liées à l'obésité après l'opération	36
Tableau III : Age moyen des patients ayant bénéficiés de la chirurgie bariatrique, dans différentes séries.	43
Tableau IV: Comparatif de nos résultats aux moyennes d'IMC avant l'opération bariatrique d'autres séries.....	45
Tableau V : Comparatif des comorbidités chez les patients avant la chirurgie bariatrique selon plusieurs séries.....	46
Tableau VI : Evolution des items la QDV (selon l'échelle Moorehead-Ardelt Quality of Life II), après la chirurgie bariatrique chez une population de 209 patients	52



Sommaire

Introduction	1
Contexte et rappels	3
I. L'obésité	4
A - Définitions	4
B -Epidémiologie	5
C - Les complications	6
1. Les complications physiques de l'obésité	7
2. Les conséquences psychologiques et sociales de l'obésité	8
II. Rappels sur la chirurgie bariatrique	9
A -Définition	9
B - Buts de la chirurgie bariatrique	9
C - Indications	9
D - Les contre-indications de la chirurgie bariatrique	10
E- Les différentes techniques et leurs résultats	11
1- L'anneau gastrique ou gastroplastie par anneau gastrique modulable.....	11
1-1 Principe	11
1-2 Résultats et Efficacité des anneaux gastriques sur la perte de poids	11
2- Le Bypass gastrique ou court-circuit gastrique	12
2-1 Principe	12
2-2 Résultats et efficacité du bypass gastrique sur la perte de poids	12

3- La sleeve gastrectomie ou gastrectomie longitudinale	12
3-1 Le Principe	12
3-2 Résultats et efficacité de la sleeve gastrectomie sur la perte de poids	13
III. La qualité de vie et estime de soi	14
A- Définitions	14
B- Liens entre qualité de vie et estime de soi	14
IV. Profils psychologiques des patients obèses	15
A- Aspects psychologiques de l'obésité	15
B- Profil général de la personne atteinte d'obésité	16
C- Les troubles psychiques du patient atteint d'obésité	18
D- Style de vie, comportement alimentaire et fonctions de la nourriture	19
E - la structure et la qualité de l'entourage et du réseau social de l'obese	20
F- Fonctionnement psycho-sociale après la chirurgie bariatrique	21
1 - Image corporelle.....	21
2 - Comportement alimentaire	22
3- Fonctionnement social	23
Partie Pratique	25
I- Objectif de l'étude.....	26
II- Matériels et méthodes	26
A. Type et matériel d'étude	26
B. Critères d'inclusion	29
C. Critères d'exclusion	29

D. Méthodes d'étude	29
1. Recueil des données	29
2. Analyse des données	29
III- Résultats	30
A. Epidémiologie	30
1. Le sexe	30
2. Age	31
3. IMC initial	31
B. Comorbidités liées à l'obésité	32
C. Type de chirurgie bariatrique	33
D. Les effets de la chirurgie	34
1. Sur l'IMC	34
2. Sur la perte pondérale	35
3. Sur les comorbidités	36
E. Qualité de vie	37
F. Estime de soi	40
IV- Discussion.....	41
A. Caractéristiques socio démographiques et cliniques	42
1. Age.....	42
2. Sexe	43
3. L'indice de masse corporelle.....	44

4. Les Comorbidités liées à l'obésité	45
B. Types et apport de la chirurgie bariatrique	46
1. Type d'intervention.....	46
2. Effets de la chirurgie sur les comorbidités et sur la perte de poids	47
2-1) Sur les comorbidités	47
2-2) Sur l'IMC	47
2-3) Sur la perte de poids	47
C. Impact sur la qualité de vie.....	48
D. Impact sur l'estime de soi	51
E. Intérêts et limites de l'étude	55
F. Recommandations	56
Conclusion	58
Résumés	60
Annexes	64
Bibliographie	67



I ntroduction

L'obésité est un grand problème de santé publique à travers le monde, car elle met en cause le bien-être physique, psychologique et social de l'individu. Elle fait partie des facteurs de risque pour divers problèmes de santé chroniques, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et certains cancers. Ces pathologies entraînent une altération de la qualité de vie en raison de leur chronicité ainsi qu'à leurs complications graves. L'urbanisation rapide et le développement socio-économique dans notre pays entraînent une occidentalisation du mode de vie, avec son lot de changements en matière d'habitudes alimentaires [1,2].

En 2004, Le nombre de Marocains âgés de plus de 18 ans en situation d'obésité était estimé à 5.300.000, ce chiffre est passé à 7.000.000 en 2016. L'obésité est devenue alors un véritable défi aussi bien pour les patients que pour le personnel médical.

La prise en charge de la personne atteinte d'obésité varie largement en fonction du degré d'obésité et de son état de santé générale.

L'approche nutritionnelle reste le moyen privilégié pour permettre à une personne obèse d'atteindre et de conserver un IMC (indice de masse corporelle) en dessous des critères d'obésité. Cette approche nutritionnelle doit être accompagnée d'un programme d'exercice physique, des thérapies visant à modifier les comportements alimentaires inadaptés, voire même d'opérations chirurgicales.

Certaines personnes préfèrent passer directement à la chirurgie appelée bariatrique ou chirurgie de l'obésité, cette dernière doit être accompagnée d'un suivi par une équipe multidisciplinaire pré et post opératoire, incluant aussi bien l'aspect somatique que psychique.

Nous proposons, à travers cette étude observationnelle descriptive d'une série de cas ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique, d'évaluer l'impact de cette chirurgie sur la qualité de vie du patient atteint d'obésité ainsi que sur son estime de soi.



Contexte et rappels

I- L'obésité

A -Définitions :

En 1997 par l'OMS l'obésité a été reconnue comme une maladie. Cette organisation définit le surpoids et l'obésité comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. Sa prévention est un problème de santé publique dans les pays développés. Cette maladie de cause multifactorielle est considérée aujourd'hui par abus de langage comme une pandémie (puisque non contagieuse)[3].

Définition de l'obésité :

L'excès de masse grasse c'est ce qui définit l'obésité, ceci représente un risque de mortalité et de morbidité en particulier cardiovasculaire. Par convention, l'excès de poids est classé selon l'indice de masse corporelle (IMC) du patient :

IMC= poids en kilo/carré de la taille en mètre :

- $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ et $< 30 \text{ kg/m}^2$: surpoids ;
- $30 \text{ kg/m}^2 < IMC < 35 \text{ kg/m}^2$: obésité de type I ou modérée ;
- $35 \text{ kg/m}^2 < IMC < 40 \text{ kg/m}^2$: obésité de type II ou sévère ;
- $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$: obésité de type III ou morbide ou massive ;
- $IMC > 50 \text{ kg/m}^2$: super obésité ;
- $IMC > 60 \text{ kg/m}^2$: super super obésité.

Le tour de taille sur tour de la hanche est un des autres marqueurs qui existent, et qui doit être inférieur à 1 chez l'homme et à 0,85 chez la femme.

Un indicateur indirect de la masse grasseuse aussi utilisé est le périmètre abdominal, il doit être inférieur à 104 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme, c'est le marqueur de risque de survenue du diabète, des maladies cardiovasculaires, du syndrome métabolique. L'indice de masse grasseuse est calculé grâce à l'impédancemétrie, le taux normal se situe entre 17 et 22 pourcents [3].

B -Epidémiologie

Qu'est-ce qu'il en est de la situation mondiale et au Maroc du surpoids et de l'obésité ?

Dans le monde ; le surpoids et l'obésité sont en constante augmentation. En 2016 selon l'OMS 40% de la population mondiale est aujourd'hui en surpoids, et l'obésité touche plus de 600 millions d'adultes, soit 13% de la population mondiale adulte. En 2030, la moitié de la population adulte mondiale sera en surpoids si la prévalence continue à progresser à cette même vitesse (Figure 1). Cette pathologie est responsable de 5% du taux de mortalité dans le monde.

Au Maroc, Selon une étude du ministère de la santé 2000 la prévalence de l'obésité est estimée à 13,3% avec une prévalence de 19,1% chez les femmes et de seulement 7,3% chez les hommes. En 2004, Le nombre de Marocains âgés de plus de 18 ans en situation d'obésité était estimé à 5.300.000, ce chiffre est passé à 7.000.000 en 2016 selon le Haut-commissariat au plan (HCP). Selon le rapport de l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) sur la situation mondiale de l'alimentation et de l'agriculture. Récemment les études réalisées, se sont 10 millions de Marocains qui sont en surpoids, et selon un rapport de la FAO de 2016, l'obésité touche 7 millions de Marocains. La sédentarité et les mauvaises habitudes alimentaires sont incriminées dans ce fléau lourd de conséquences sur la santé et la qualité de vie. L'enjeu est de taille cela nécessite une mobilisation générale aujourd'hui pour assurer aux malades atteints d'obésité une meilleure prise en charge

globale, qui requiert les compétences et l'implication de l'ensemble des différents professionnels de santé, œuvrant de façon complémentaire et coordonnée, dans le respect des patients, pour les aider dans leur parcours à tous les âges de la vie[4].

Malgré la prévalence de l'obésité en constante augmentation, et ses conséquences lourdes sur la santé physique et mentale, il n'existe pas de stratégie nationale de lutte contre l'obésité [5]

C - Les complications :

La question clé est pourquoi faudrait-il prendre en charge l'obésité ?

La prise en charge de l'obésité diminue la survenue de nombreuses complications physiques fonctionnelles et organiques. Sans oublier les conséquences sur le côté psychique, sur la qualité de vie et l'estime de soi.

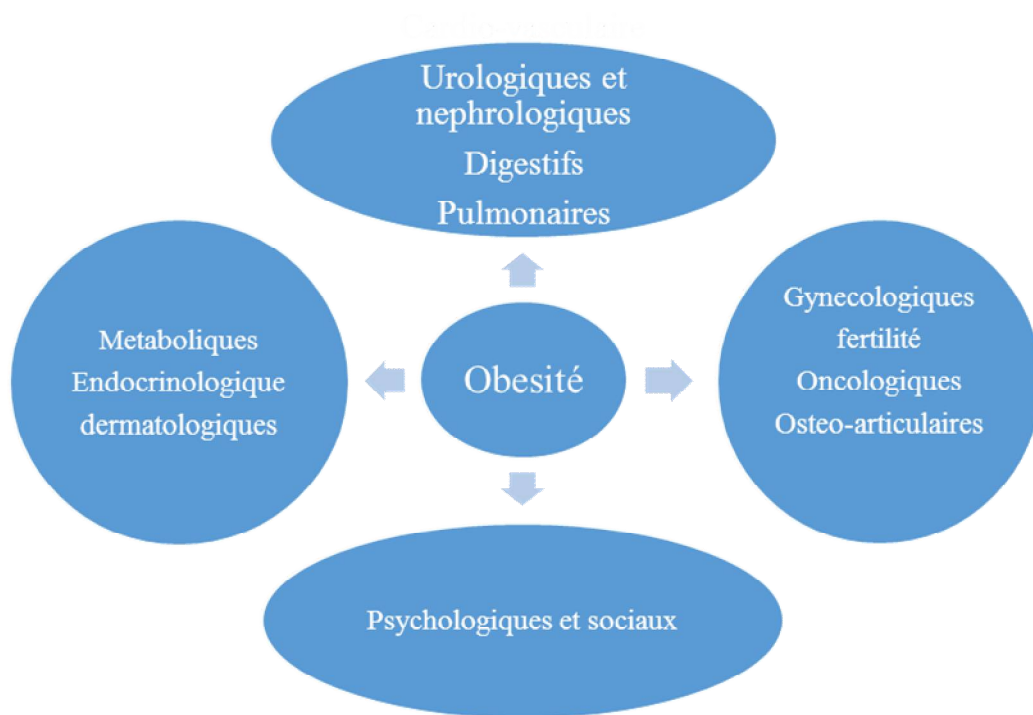


Figure 1 : Différents domaines pouvant être touchés par les complications de l'obésité

1. Les complications physiques de l'obésité :

- Elles sont métaboliques, cardiovasculaires, ostéo-articulaires, respiratoires, cancéreuses et de manière moins fréquentes et/ou moins graves, les comorbidités sont aussi digestives, infectieuses, cutanées, obstétricales, et psychologiques.

- L'obésité est en effet, responsable de comorbidités tels le diabète type 2, le syndrome métabolique, maladies cardiovasculaires dont l'hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral, cancers de vessie, prostate, estomac, œsophage, sein, endomètre, ovaire, colon, vésicule biliaire, de stéatose hépatique, hernie hiatale et reflux gastro-œsophagien ,de menace d 'accouchement prématuré, de stérilité, d'apnée du sommeil, d'arthropathies telle l'arthrose dégénérative, d'ostéoporose, de varices...

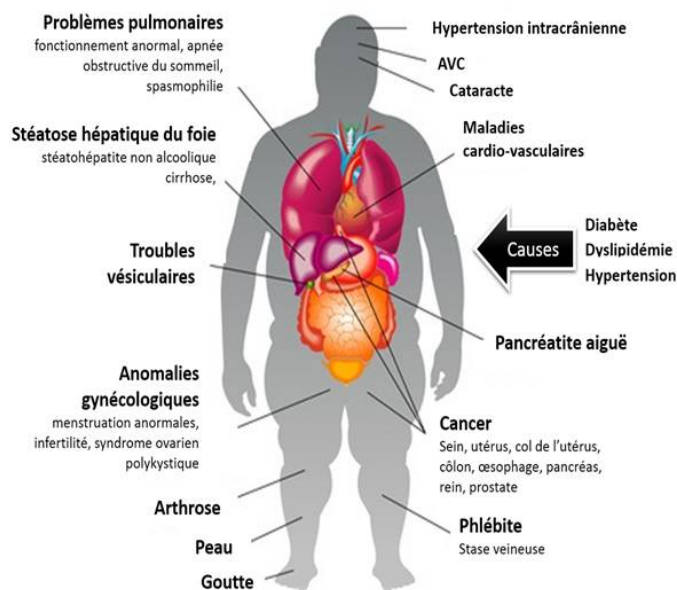


Figure 2 : Complications physiques de l'obésité

2. Les conséquences psychologiques et sociales de l'obésité :

Sur le plan psychologique l'obésité peut engendrer :

- Des perturbations de l'image du corps : la personne obèse rejette souvent ce corps qu'elle trouve laid.
- Une mésestime de soi : on se culpabilise, on se dégoûte même ainsi qu'un sentiment d'exclusion et d'incompréhension dû à l'intolérance sociale et médicale qui entoure l'obésité.
- Des états dépressifs dus à des régimes trop restrictifs ou à des échecs thérapeutiques répétés.

De la même façon sur le plan social, l'obésité peut entraîner :

- Des arrêts de travail pour raisons médicales, des difficultés à l'embauche ainsi qu'une moindre rémunération,
- Un rejet et discrimination sociale chez l'adulte comme chez l'enfant,
- Une altération de la qualité de vie [6].

I- Rappels sur la chirurgie bariatrique

A - Définition :

La *chirurgie bariatrique* est un type de chirurgie consistant à restreindre l'absorption des aliments, diminuant, de fait, l'apport calorique journalier : elle apporte un remède chirurgical à l'obésité [7].

B - Buts de la chirurgie bariatrique

Des études montrent que la chirurgie bariatrique entraîne une réduction des morbidités sur le long terme en améliorant l'hypertension artérielle, le syndrome d'apnée du sommeil, les troubles ostéo-articulaires, ainsi que le diabète [8]. Son efficacité sur les dyslipidémies semble moins évidente. Plusieurs études ont montré, sur le long terme, une diminution de la mortalité des sujets opérés par rapport à ceux qui ne l'étaient pas [9].

C - Indications

La chirurgie bariatrique est indiquée selon les critères suivants :

- souffrant d'obésité massive, caractérisée par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à $40 \text{ kg} \cdot \text{m}^{-2}$, ou d'obésité sévère ($\text{IMC} \geq 35 \text{ kg} \cdot \text{m}^{-2}$) associée à au moins une comorbidité telle que le DT2, HTA, dyslipidémie, syndrome d'apnée obstructif de sommeil, et problèmes articulaires pouvant être améliorée grâce à la chirurgie ;
- pour lesquelles différentes tentatives de régime amaigrissant ont échoué
- qui ne présentent aucune contre-indication à la chirurgie ou l'anesthésie générale.

Le protocole comporte normalement un suivi pluridisciplinaire — endocrinologue, chirurgien digestif ou viscéral, psychiatre ou psychologue, diététicien-nutritionniste — avant et après l'acte chirurgical. La consultation psychiatrique a pour but de repérer les éventuelles contre-indications que sont, en particulier, les troubles du comportement alimentaire : boulimie ou autre. Néanmoins, une étude pratiquée en France a montré l'inégalité de la qualité du suivi en fonction des équipes, parfois même le non-respect des protocoles et des contre-indications [10].

D - Les contre-indications de la chirurgie bariatrique [11]

Les principales contre-indications sont :

- Les troubles psychotiques
- Les patients sous tutelle ou curatelle
- Les troubles sévères de la personnalité
- L'éthylisme chronique non sevré
- La toxicomanie
- Les maladies évolutives (cancers, SIDA)
- La maladie de Cushing
- Les contre-indications de l'anesthésie générale
- Les contre-indications relatives telles la hernie hiatale et le reflux gastro œsophagien, et les troubles moteurs de l'œsophage pour la technique de l'anneau
- Un âge inférieur à 18 ans ou supérieur à 65 ans.

E- Les différentes techniques et leurs résultats

1- L'anneau gastrique ou gastroplastie par anneau gastrique modulable

1-1 Principe :

Cette technique consiste à serrer l'estomac à sa partie supérieure par un anneau rempli d'eau stérile relié à un boîtier sous-cutané. Le radiologue ou le chirurgien règle le degré de striction de l'anneau en injectant dans ce boîtier la quantité d'eau stérile souhaitée. L'estomac se trouve ainsi partagé en 2 poches (Fig3). Le patient ressent une sensation de satiété lorsque la poche supérieure, d'un volume habituel d'environ 15 ml, est pleine [12].

1-2 Résultats et Efficacité des anneaux gastriques sur la perte de poids:

Une revue de littérature indique une réduction moyenne de l'excès de poids de 45% un an après l'intervention, et de 55% à deux ans. En moyenne, l'IMC diminue de 11kg/m² en deux ans. Cette technique est devenue, actuellement, rarement utilisée [13,14].

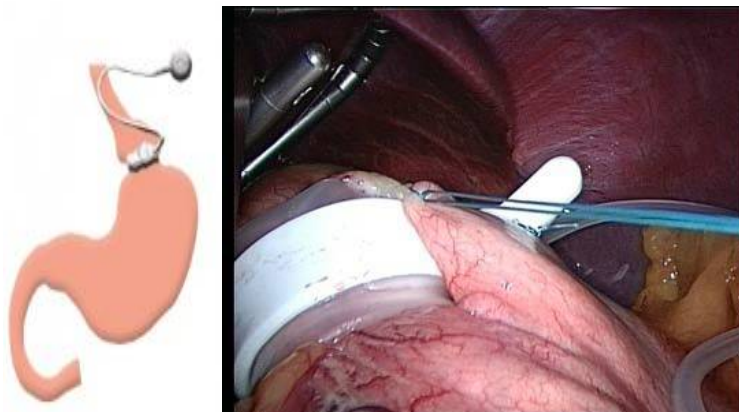


Figure 3 : Technique de gastroplastie par anneau gastrique modulable vue en opératoire à l'HMIMV

2- Le Bypass gastrique ou court-circuit gastrique

2-1 Principe :

Il consiste à court-circuiter l'estomac, le duodénum, et le jéjunum proximal (Fig4). On ne conserve qu'une très petite portion du haut de l'estomac que l'on abouche dans le jéjunum. L'essentiel de l'estomac, dans lequel n'entrent pas les aliments, est laissé en place. Il en résulte une mauvaise absorption de certains aliments, en particulier des graisses, entraînant un amaigrissement.

2-2 Résultats et efficacité du bypass gastrique sur la perte de poids :

Les résultats sont meilleurs que ceux qui sont obtenus après anneau gastrique. D'après deux revues de la littérature, on note une diminution moyenne de l'IMC de 15kg/m² à un an de 18kg/m² à deux ans, et une perte d'excès de poids en moyenne de 60% à un an et de 75% à deux ans [15-16].



Figure 4 : Technique du Bypass gastrique

3- La sleeve gastrectomie ou gastrectomie longitudinale

3-1 Le Principe :

La sleeve gastrectomie consiste en une gastrectomie partielle laissant un volume gastrique d'environ 100 ml que se vidange naturellement dans le duodénum (fig.5).

3-2 Résultats et efficacité de la sleeve gastrectomie sur la perte de poids :

Cette nouvelle intervention entraîne une perte de poids notable [17]. Les résultats préliminaires indiquent une réduction de l'excès de poids de 60% et une chute de l'IMC de 15kg/m² en un an [18, 19]. Selon une étude de 225 cas, cette intervention entraîne une chute de l'IMC de 14 kg/m² et une perte de 55% de l'excès de poids en un an, et de 16 kg/m² avec une perte de 58% de l'excès de poids en deux ans. Les résultats de la sleeve gastrectomie sont incertains à long terme et doivent être précisés. D'après Regan et al. [19], si la perte de poids est jugée suffisante plus d'un an après l'intervention, on s'en tient là ; la sleeve gastrectomie est le traitement définitif. Dans le cas contraire, la sleeve gastrectomie n'est qu'une première étape et on réalise un bypass gastrique dans un deuxième temps. La deuxième intervention est réalisée dans de meilleures conditions techniques chez un patient ayant maigri, et ayant des comorbidités moins sévères. Les risques opératoires du bypass gastrique étant ainsi réduits.



Figurer 5 : Technique de gastrectomie partielle vue en opératoire à l'HMIMV

III. La qualité de vie et estime de soi :

A- Définitions

Qualité de vie :

L'OMS (1993) définit la qualité de vie comme étant : « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. » [20].

Estime de soi :

C'est la perception d'une personne de sa propre valeur. Il s'agit du jugement global qu'elle porte sur elle-même. Le dictionnaire Larousse de la psychologie définit l'estime de soi comme l'attitude plus ou moins favorable envers soi-même, la manière dont on se considère, le respect que l'on se porte, l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine. L'échelle d'estime de soi de Rosenberg est le test le plus généralement utilisé en psychologie pour mesurer l'estime de soi [21]. Il est simple à utiliser, sa passation est rapide, sa précision et sa validité sont reconnues [22].

B- Liens entre qualité de vie et estime de soi :

L'estime de soi participe à la qualité de notre vie. La personne qui bénéficie d'une saine estime d'elle-même, reconnaîtra plus volontiers ses désirs et aspirations en leur donnant de la valeur et en cherchant à les réaliser. Par contre, une personne dont l'estime de soi est faible, aura plutôt tendance à occulter ses désirs ou à y renoncer et qu'elle ne mérite pas de bénéficier des fruits de cette réalisation. Elle ne cherchera pas à se dépasser car son dialogue intérieur sera du genre : « à quoi bon, tu en es de toute

façon incapable ». En effet, le manque d'estime de soi est souvent accompagné d'un manque de confiance en soi ; un manque qui empêche l'individu de prendre conscience, qu'au contraire, il possède les capacités pour y arriver. Les gens qui manquent d'estime d'eux-mêmes, s'abstiennent de voir grand et de voir loin. Ils doutent tellement de leurs capacités à réussir que peu de choses leur paraissent probables ou possibles. C'est plutôt pour les autres, jamais pour eux. C'est un véritable cercle vicieux dans lequel ces personnes se trouvent enfermées. Elles ne voient aucune issue pouvant les conduire à une existence épanouissante et heureuse puisqu'elles pensent, de toute façon, ne jamais mériter ce qu'elles peuvent désirer [23].

IV. Profils psychologiques des patients obèses

A- Aspects psychologiques de l'obésité

La chirurgie bariatrique fournit des résultats significatifs sur la perte de poids chez les obèses morbides [24]. Par contre, la chirurgie n'est pas la seule cause du succès. Des facteurs non techniques, comme le statut psychologique du patient obèse avant l'opération, joue aussi un rôle prédictif significatif de réussite ou non pour la perte de poids et le maintien de cette perte de poids. Certains traits de personnalité relevant du comportement alimentaire et de l'adaptation du comportement après l'opération, peuvent entraîner des difficultés de compliance face aux demandes imposées par la chirurgie bariatrique [25].

Au cours de ces dernières années, une augmentation progressive de la prévalence et de la sévérité de l'obésité a été observée. Cette aggravation découle du recours de plus en plus fréquent à des régimes toujours plus restrictifs, engendrant le syndrome « yo-yo ». Les patients s'enferment dans un cercle vicieux où l'échec des restrictions alimentaires augmente progressivement les sentiments de frustration et de culpabilité, renforçant les mécanismes de compensation. L'inefficacité des régimes repose sur la

présence des troubles du comportement alimentaire. Après avoir longtemps considéré l'obésité simplement comme un problème de poids, de pourcentage et de répartition de graisses, des études ont commencé, au début des années 90, à évaluer, détecter et traiter les troubles du comportement alimentaire associés à l'obésité. Ces troubles sont cependant encore sous-estimés. De plus, la prise en charge de comportements tels que les grignotages, les fringales et/ou les crises boulimiques s'est relevée difficile et peu efficace sur le plan pondéral. Finalement, l'analyse plus approfondie du profil du patient obèse (avec ou sans troubles du comportement alimentaire), a permis de mettre en évidence, non seulement que l'obésité est souvent associée à de nombreux problèmes somatiques (diabète, dyslipidémie, hypertension artérielle, syndrome d'apnées du sommeil, ostéoarthrite, syndrome des ovaires polykystiques), mais également à de nombreuses atteintes du fonctionnement psychique (diminution de l'estime de soi, dépression atypique, anxiété, agressivité, phobies, comportement antisocial, insatisfaction corporelle) [26-32].

L'obésité est également une importante source de stigmatisation, de préjudice, de discrimination, d'hostilité et de stéréotypage négatif (fat is bad) qui peut entraîner et aggraver des conséquences économiques, sociales et psychologiques chez les individus souffrant de problème pondéral.

C'est pour cela qu'il est important de bien connaître le profil psychologique des personnes obèses, afin d'améliorer leur qualité de vie et donc, faciliter la prise en charge de leurs troubles du comportement alimentaire et ainsi favoriser le succès des traitements de la perte pondérale qui est intimement lié à l'état psychique.

B- Profil général de la personne atteinte d'obésité

Le profil psychologique de patients obèses ayant des troubles de la conduite alimentaire est souvent caractérisé par une diminution de l'estime de soi, une insatisfaction globale de la vie, de l'impulsivité, des phobies et de l'hostilité. Il n'est donc pas surprenant que l'association obésité-troubles de la conduite alimentaire telle

que l'hyperphagie boulimique soit enrichie par la présence de troubles psychiques comme la dépression, l'anxiété.

La symptomatologie dépressive :

Plusieurs études ont mis en évidence un point en commun entre l'obésité et la symptomatologie dépressive, que ce soit chez les femmes ou chez les hommes [33,34].

Cette association est plus importante chez les femmes, pour lesquelles, une augmentation de l'indice de masse corporelle est accompagnée d'une dépression plus sévère et d'idées suicidaires. De plus, l'état dépressif est plus important chez les femmes obèses ayant une demande d'amaigrissement que chez celles ayant une bonne acceptation de leur image corporelle. Il semble y avoir également divers facteurs qui interfèrent sur la relation obésité-dépression : sexe féminin, obésité sévère, hyperphagie boulimique, traumatismes pendant l'enfance, inactivité, distorsion de l'image corporelle, hauts niveaux socio-économiques. Tous ces facteurs sont associés à une dépression beaucoup plus sévère. [37-41]

L'anxiété :

Entre obésité et anxiété, un lien est documenté. Les mécanismes potentiels évoqués à l'origine de cette association sont divers. Premièrement, les personnes obèses souffrent de discrimination à l'origine d'un stress mental important induisant des symptômes de type anxieux. Deuxièmement, les personnes en surpoids ont un style de vie peu actif, propice au questionnement et donc à l'apparition de troubles anxieux. Finalement, les compulsions alimentaires, en réponse à l'anxiété, sont en mesure de favoriser la prise pondérale [42-44].

Le changement de l'image corporelle joue un rôle important dans l'apparition des symptômes d'anxiété. Si, dans certains cas, une perte pondérale importante peut réduire cette symptomatologie, en raison d'une amélioration de l'estime de soi, dans

d'autres situations, la même perte de poids risque de provoquer l'anxiété, principalement, lorsque l'excès de poids est utilisé comme protection. [33,34]

L'hyperphagie boulimique

L'hyperphagie boulimique est caractérisée par des crises où l'individu ingère des quantités énormes de nourriture en un temps limité, avec une perte de contrôle sur la prise alimentaire et suivie d'un sentiment de honte et de culpabilité. Il n'y a pas de comportement d'élimination (vomissements, laxatifs, diurétiques) ce qui différencie donc l'hyperphagie boulimique de la boulimia nervosa. L'hyperphagie boulimique concerne 2,5% des femmes et 1,1% des hommes aux Etats-Unis et sa prévalence est encore plus élevée en Europe, soit respectivement 2,8% et 1,9%. [28,45,46]

Elle est beaucoup plus importante chez les patients ayant un problème de poids (environ 30% des femmes et 20% des hommes) et augmente avec la sévérité de l'excès pondéral : plus de 40% des patients avec un index de masse corporelle supérieur à 35 kg/m² en souffrent. Le profil psychologique de ces patients est souvent caractérisé par une diminution de l'estime de soi, de l'impulsivité, de l'hostilité, des phobies, une insatisfaction globale de la vie, des troubles de la personnalité de type borderline. La survenue de l'hyperphagie boulimique peut être induite par des restrictions alimentaires récurrentes, une insatisfaction corporelle, des affects négatifs et des questionnements répétitifs. De plus, une corrélation positive et très significative entre ce trouble du comportement et une courbe pondérale par paliers et/ou un syndrome « yo-yo » est bien connue.

C- Les troubles psychiques du patient atteint d'obésité

La présence de troubles psychotiques (exemple : schizophrénie) du patient obèse est toujours une contre-indication à la chirurgie [47-50]. En effet, il est communément dit que ces troubles psychiatriques sont associés à l'augmentation du risque de complication post chirurgicale tant au niveau somatique que psychologique [47- 49].

La plupart des patients obèses souffre de troubles de l'humeur surtout de différents degrés de dépression. Notons que cette dépression n'a pas d'influences négatives sur la perte de poids. De plus les symptômes liés à la dépression ont tendance à diminuer progressivement avec la perte de poids ce qui indique clairement que l'obésité est une des causes importantes dans le développement de la dépression. Ainsi la simple présence d'un trouble psychiatrique ne doit pas déterminer si un patient doit être exclu ou pas de l'opération. Le facteur décisif est plutôt le degré de sévérité du trouble. Le patient révélant un trouble grave ne pourra ni suivre les instructions post chirurgicales et ne pourra être conscient d'une telle décision quant à cette méthode invasive [51-55].

D- Style de vie, comportement alimentaire et fonctions de la nourriture

Le style de vie du patient a un rôle majeur dans le résultat à long terme de la chirurgie bariatrique. Dans la période qui suit la chirurgie la perte de poids est importante et rapide ; l'apport moindre de calories associées à un poids de base énorme en est la cause. Pourtant après cette période, ce procédé diminue graduellement, sauf pour ceux qui suivent à la lettre les recommandations des médecins [57,59].

Les grignotages, la boulimie, la consommation de nourriture la nuit, les repas trop rapides les boissons trop sucrées et sucreries en tout genre sont à bannir du répertoire de l'obèse candidat à la chirurgie. Hormis la fonction primaire d'apporter les nutriments nécessaires à l'organisme, la nourriture a pour l'obèse d'autres fonctions surtout psychosociales [60, 50].

Manger est une stratégie pour faire face au stress, le but est d'apporter immédiatement un contrôle sur les émotions suscitées par une situation stressante afin d'avoir une occupation autre, donc manger pour divertir l'attention de l'actuelle cause

du problème présent. La nourriture régule les émotions qu'elles soient négatives ou positives [58].

Exemple : je passe mes examens, c'est un échec, je mange pour me consoler, je les passe avec succès, je mange pour célébrer le résultat.

Manger a aussi une fonction de compensation affective quant à la frustration de ne pas obtenir ce que l'on désire : la nourriture est alors un substitut d'émotions dans les relations, et situations matérielles désirées. [54, 61]

Passer son temps lors d'une situation ennuyeuse pousse le patient à manger. Ainsi la tâche du psychiatre sera de faire travailler le patient obèse sur les mécanismes intrinsèques qui le conduisent à adopter ces conduites qui font partie intégrale de la cause de leur obésité. [56, 62]

E - la structure et la qualité de l'entourage et du réseau social de l'obèse

La perte de poids engendre des conséquences constructives et destructives quant à la qualité de la vie interpersonnelle du patient. [63]

Il est donc important de faire comprendre au patient lors de l'interrogatoire pré chirurgical ces influences sur son entourage et de l'encourager à positiver le potentiel changement qui va se faire avec lui. [56]

Avoir une famille proche et son soutien ainsi que de vrais amis sur lesquels on peut compter est un véritable atout pour le candidat à la chirurgie. Cet entourage apportera un réel soutien avant et après la chirurgie pour favoriser l'adaptation du patient aux instructions médicales. [58, 56, 64, 65]

Parfois même, l'entière famille adopte des changements positifs sur leur mode de vie sur l'hygiène alimentaire et la pratique du sport.

A contrario, il faut noter que l'obésité du patient peut parfois servir à satisfaire les besoins du système familial. Alors la perte de poids est perçue tel un phénomène perturbateur et indésirable.

Par exemple, les parents trop protecteurs qui ne veulent pas que leur seul adolescent devienne indépendant et quitte le foyer, veulent paradoxalement garder leur enfant obèse. [56]

Cela survient également dans un couple où la personne obèse va en perdant du poids devenir plus attrayante physiquement et socialement. Dans ces cas il apparaît une véritable frayeur dans l'environnement proche du patient qui ne va pas seulement refuser son soutien indispensable au patient mais va tenter de saboter le processus de perte de poids.

Ainsi il est tout à fait indispensable que le psychiatre élabore une relation clinique entre les personnes importantes pour le patient susceptible de perturber la perte de poids.

F- Fonctionnement psycho-sociale après la chirurgie bariatrique

Selon l'étude de Van Hout Gerbrand et al ; le fonctionnement psychosocial postopératoire permet d'apprécier les variables évaluées en préopératoire afin de mieux les comprendre pour obtenir une meilleure évaluation quant au choix sélectif des patients candidats à la chirurgie. [64, 57, 53, 66]

1 - Image corporelle

Les études montrent surtout 6 premiers mois après la chirurgie une amélioration quant à l'image corporelle du patient, son attrait et la diminution de sa honte. Par conséquent, les partenaires des patients rapportent un plus fort sentiment d'attraction physique à leur égard. [51,67, 68]

Le changement de l'image corporelle en postopératoire apparait comme l'un des facteurs sous-jacents pour l'amélioration psychosociale. Pourtant bien que les patients aient une meilleure image corporelle, avec le temps, certains se sentent encore en surpoids ou sont mécontents de l'apparition de plis de peau en trop. D'ailleurs, les patients contents de leur apparence et plus satisfaits en postopératoire sont ceux qui ont moins de surplus de peau donc ceux qui ont perdu moins de poids que les autres. Mais les patients qui ont perdu plus de poids et qui ont donc plus de surplus de peau, pris en charge en chirurgie plastique, sont plus satisfaits que les autres. [51,52,68-70]

2 - Comportement alimentaire

Le comportement post opératoire concernant la diététique est un important médiateur de perte de poids et de symptômes post opératoires ; c'est pourquoi il est très critique quant à son influence sur les résultats. La chirurgie bariatrique à une connotation de restriction, elle diminue la faim et réduit la capacité physique d'avalé beaucoup de nourriture. Ainsi, des changements d'ordre diététique sont nécessaires et la compliance aux conseils diététiques est recommandée, spécialement sur la quantité et la rapidité d'ingestion du repas. [54, 62, 72, 71]

Le patient obèse doit donc faire un effort pour ajuster son comportement alimentaire. En fait, le traitement chirurgical de l'obésité n'est pas une alternative au régime diététique mais une méthode qui force au régime adapté. [62, 71]

En préopératoire de nombreux patients rapportent des troubles du comportement alimentaire tels le "binge eating disorder", la boulimie, le craving, le grazing. [73]

Après l'opération, surtout durant la première année qui suit, les troubles du comportement alimentaire diminuent, voir disparaissent de façon significative. Les patients rapportent une meilleure satiété et une diminution du comportement émotionnel tendant à manger. Les études montrent qu'ils gèrent et contrôlent mieux leur comportement alimentaire Par conséquent l'intervention chirurgicale peut être une

thérapie pour faire disparaître les troubles du comportement alimentaires chez les obèses. Par contre, certains patients ne réussissent pas à assortir les prescriptions médicales à leur comportement alimentaire, et les symptômes persistent ou ré émergent après la chirurgie. Ils sont de nouveau désinhibés, perdent le contrôle de prise de nourriture et mangent des aliments hypercaloriques mous et/ou liquides.

Ils expérimentent quels types d'aliments ils peuvent avaler. La plupart ne sont pas capables de manger beaucoup de nourriture solide, alors ils grignotent ou avalent donc de grandes quantités de repas liquides ou mous. C'est le syndrome du sirop d'érable. Ainsi, ils évitent les effets secondaires de la chirurgie bariatrique, et peuvent continuer à avaler de grandes quantités de nourriture et ainsi prendre du poids. En général un tiers des patients n'adhèrent pas au régime diététique prescrit. Les études suggèrent qu'ils constituent un sous-groupe distinct ayant un moins bon résultat à long terme [52,63,67,71,73-77, 81,82].

Ces patients sont psychologiquement incapables d'ajuster leurs changements internes, comme leur petit estomac et ses conséquences. Ils ont des difficultés à distinguer leur faim physiologique et leur faim émotionnelle. Le résultat est qu'ils perdent la capacité à intégrer et écouter les signaux de faim et de satiété de l'organisme et perdurent dans leur prise de nourriture insatiable [77].

3- Fonctionnement social

Les patients ont un meilleur fonctionnement social, une meilleure santé liée à une meilleure qualité de vie et sont plus actifs socialement après la chirurgie.

Ils étendent leur réseau social, incluant le mariage, ont de meilleurs rapports sexuels, reçoivent plus de soutien social et vivent moins de mauvaises expériences de discrimination et de stigmatisation. De plus les patients sont plus souvent des employés. On remarque une diminution de leurs journées de congés maladies et leurs carrières s'améliorent [73,83].

D'autres facteurs sont aussi responsables telle la meilleure estime de soi, un bon statut psychologique et une meilleure autonomie, ainsi que la diminution de la limitation de mouvement physique [51, 68,78] .Pourtant encore une fois, une minorité peut parfois rapporter des résultats négatifs. Des problèmes sexuels, des divorces, des difficultés à s'adapter à la demande d'acceptation sociale et/ou à s'adapter aux changements dramatiques du réseau social. En effet, ils peuvent trouver leur changement de comportement alimentaire difficile, voire incompatible à ajuster, avec leurs nouveaux contacts sociaux, mais aussi leurs relations préopératoires. Les amis peuvent être envieux, jaloux, voire effrayés eux-mêmes, du changement si rapide du patient opéré. De même les activités sociales peuvent devenir embarrassantes car anciennement résolues par l'ingestion de nourriture.

Finalement, certains patients ont un ressentiment quant à leur soudaine intégration sociale suite à leur perte de poids, contre ces mêmes personnes qui en préopératoire ne les acceptaient pas à cause de leur obésité comme le montre l'étude de Bochierry [79].



Partie Pratique

I- Objectif de l'étude

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact de la chirurgie bariatrique sur l'estime de soi et la qualité de vie des patients ayant bénéficiés de cette chirurgie.

II- Matériels et méthodes :

A. Type et matériel d'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive menée sur un échantillon de 20 patients (femmes et hommes) en situation d'obésité sévère (IMC égal ou supérieur 35) ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique.

L'étude a été réalisée, entre Mai et Octobre 2018, à travers des entretiens directs, en face à face ou téléphoniques, avec les patients en utilisant un hétéro-questionnaire, comprenant une première partie destinée au recueil des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients. Suivie de deux échelles, évaluant avant et après l'intervention, l'estime de soi et la qualité de vie [Annexe1].

L'Échelle *d'estime de soi de Rosenberg*, développé par le sociologue Morris Rosenberg, demeure la plus utilisée dans la recherche en psychologie pour mesurer le niveau global d'estime de soi. Le questionnaire est constitué de 10 items dont 5 évaluent l'estime de soi positive et 5 l'estime de soi négative (figure 6).

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre			1-2-3-4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			1-2-3-4
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté			1-2-3-4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens			1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.			1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.			1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			1-2-3-4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même			1-2-3-4
9. Parfois je me sens vraiment inutile.			1-2-3-4
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			1-2-3-4

Figure 6 : Echelle de l'estime de soi de Rosenberg

Le BAROS, score recommandé par différentes sociétés de chirurgie bariatrique et validé en français par E. Nini et coll., prend en compte l'ensemble des problèmes des patients opérés. Il est composé de quatre domaines d'évaluation qui sont : la qualité de vie, les comorbidités, la perte pondérale et les complications postopératoires.

Pour évaluer la qualité de vie du « patient bariatrique », Il y'a un questionnaire qui regroupe 5 items : Estime de soi, activité physique, vie sociale, capacité de travail et activité sexuelle. Le patient jugera chaque item du questionnaire en le comparant avec son état préopératoire (figure 7).

GRILLE D'ÉVALUATION BAROS
(Bariatric Analysis and Reporting Outcome System)

Source : Orlu et Moench, 1991.

EXCÈS DE POIDS PERDU (%) Gain de poids (-1)	ÉTAT CLINIQUE Aggravation (-1)	QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITÉ DE VIE				
0-24 (0)	Sans changement (0)	1- ESTIME DE SOI - 1,0 - 0,50 0 + 0,50 + 1 2- ÉTAT PHYSIQUE - 0,50 - 0,25 0 + 0,25 + 0,50 3- VIE SOCIALE - 0,50 - 0,25 0 + 0,25 + 0,50 4- TRAVAIL - 0,50 - 0,25 0 + 0,25 + 0,50 5- VIE SEXUELLE - 0,50 - 0,25 0 + 0,25 + 0,50				
25-49 (1)	Amélioration (1)					
50-74 (2)	Guérison d'une maladie associée majeure, amélioration pour les autres (2)					
75-100 (3)	Guérison de toutes les maladies associées majeures, amélioration pour les autres (3)					
Sous-total :		Sous-total :				
Complications : mineures : déduction de 0,2 point majeures : déduction de 1 point Réintervention : déduction de 1 point		Sous-total :				
SCORE TOTAL		Groupe selon les résultats Échec Score ≤ 1 Passable Score > 1 à 3 Bon Score > 3 à 5 Très bon Score > 5 à 7 Excellent Score > 7 à 9				

202

Figure 7 : Score de BAROS

B. Critères d'inclusion :

Les patients inclus, sont ceux ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique dans le service de chirurgie viscérale I de l'hôpital Militaire Mohamed V de Rabat entre le mois de Mai 2011 et Aout 2018. Dans cette étude, tous les patients âgés de 18 à 65 ans ont été inclus, sans distinction de sexe. Leur consentement oral a été obtenu au préalable.

C. Critères d'exclusion :

Les patients n'ayant pas pu être joints, ou n'ayant pas répondu à tout le questionnaire ont été exclus de notre étude, ainsi que ceux qui n'ont pas donné leur consentement pour la participation dans l'étude.

D. Méthodes d'étude :

1. Recueil des données :

La collecte des données cliniques a été faite par l'exploitation du dossier médical de chaque patient et des entretiens directs, en face à face ou téléphoniques.

2. Analyse des données

Les données ont été saisies sur le Word 2016 et analysées sur le tableau Excel de Microsoft Office 2016. Les données ont été exprimées en pourcentage pour les variables quantitatives et regroupées par catégories pour les variables qualitatives.

III. Résultats

Pour notre étude, nous avons inclus un total de 20 patients correspondant à nos critères d'inclusion.

A. Epidémiologie :

1. Le sexe :

Dans notre série ont été dénombrées 15 femmes pour 5 hommes, ce qui représente un sex-ratio de 3 :1(Figure 8).

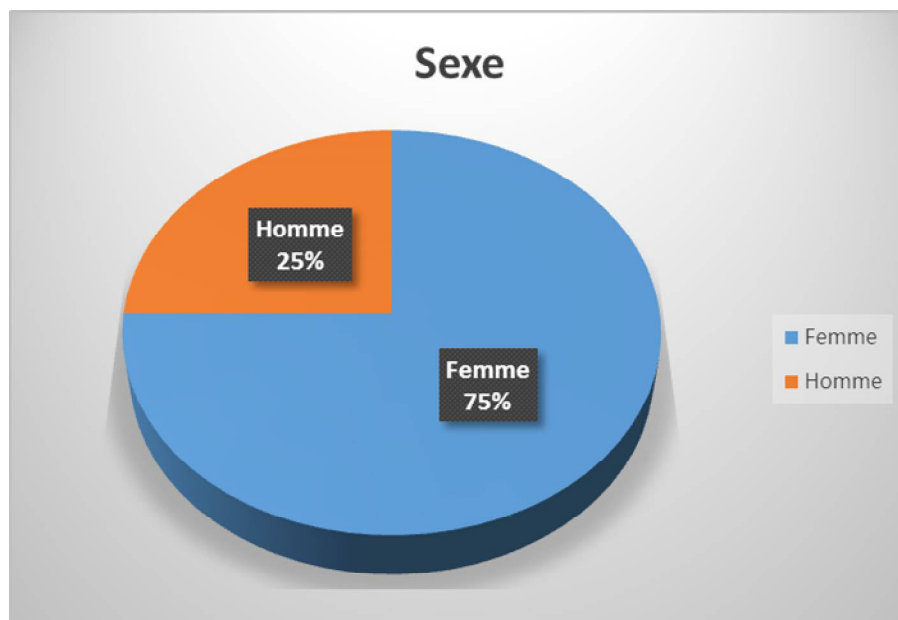


Figure 8: Répartition des patients selon le sexe

2. Age :

L'âge des patients varie de 25 ans à 63 ans, avec une moyenne de 41 ans et un écart type de 11,27.

3. IMC initial :

L'IMC initial des patients varie de 35,7 kg/m² à 51,9 kg/m², avec une moyenne à 44,1 kg/m²

Le tableau I ci-dessous présentent la répartition des patients selon l'IMC initial.

Tableau I : Répartition des patients selon l'IMC initial avant l'opération

IMC (kg /m2)	Effectif (n)	Pourcentage(%)
[30 - 35]	0	0
[35 ;40]	4	20
[40 ;45]	7	35
[45 ;50]	8	40
[50 ;+]	1	5
Total	20	100

B. Comorbidités liées à l'obésité :

Dans notre échantillon tous les patients présentent des comorbidités liées à l'obésité. Parmi ces comorbidités on note la présence de troubles cardiovasculaires (HTA) 20%, de perturbations glycémiques 20%, de dyslipidémie à 70%, d'arthrose 15%, de syndrome d'apnée de sommeil soit 50%.

Les comorbidités de l'obésité, tant bien physiques que psychiques ont été les principaux motifs derrière le recours à la chirurgie bariatrique.



Figure 9 : Taux des comorbidités liées à l'obésité chez nos patients

C. Type de chirurgie bariatrique

Dans notre série, 17 patients ont bénéficié d'une gastrectomie verticale (sleeve gastrectomy), soit 85% et 2 patients ont bénéficié d'un court-circuit gastrique (by-pass gastrique), soit 10%, et 1 patiente a bénéficié d'un anneau gastrique soit 5% des patients (Figure 10).

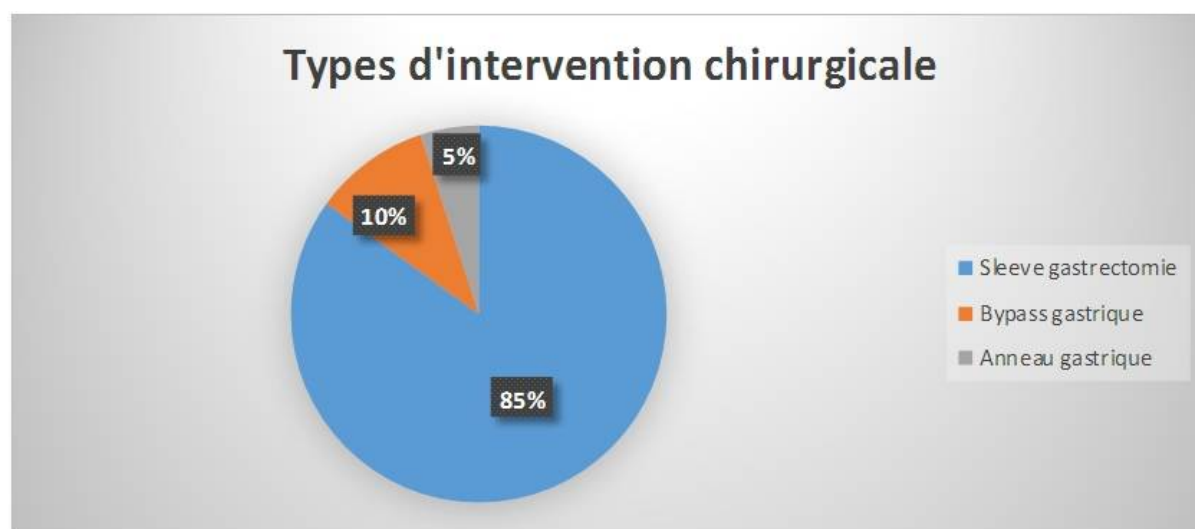


Figure 10: Répartition des patients selon le type d'intervention chirurgicale

D. Les effets de la chirurgie :

La date de l'intervention chirurgicale se situe entre mai 2011 et juillet 2018. Le recul de ces données date de 5 mois à 7 ans.

1. Sur l'IMC :

La chirurgie bariatrique a permis de réduire l'IMC moyenne de notre échantillon de 44,05 à 32,65.

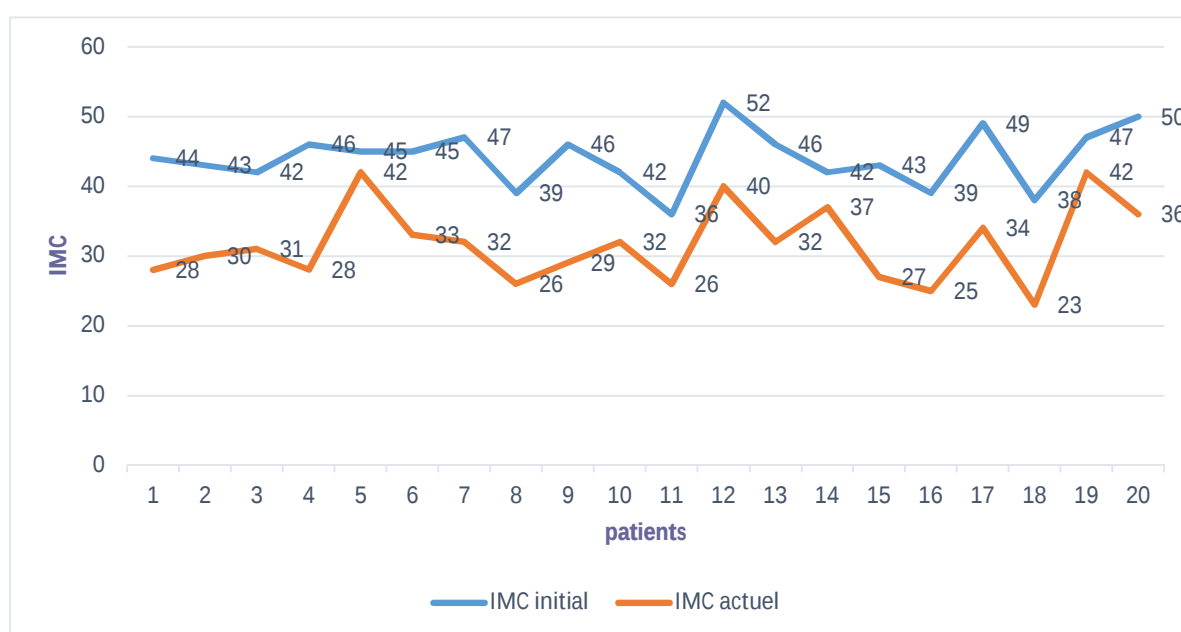


Figure 11 : IMC des patients avant et après la chirurgie bariatrique

2. Sur la perte pondérale :

Le pourcentage de perte de poids (body weight loss) par rapport au poids initial varie de 6% à 37%. Les trois patients ayant une perte de poids faible entre 6 et 12%, ont été évalué moins d'une année après la chirurgie bariatrique. Pour les autres, la moyenne de perte de poids est de 30,13%.

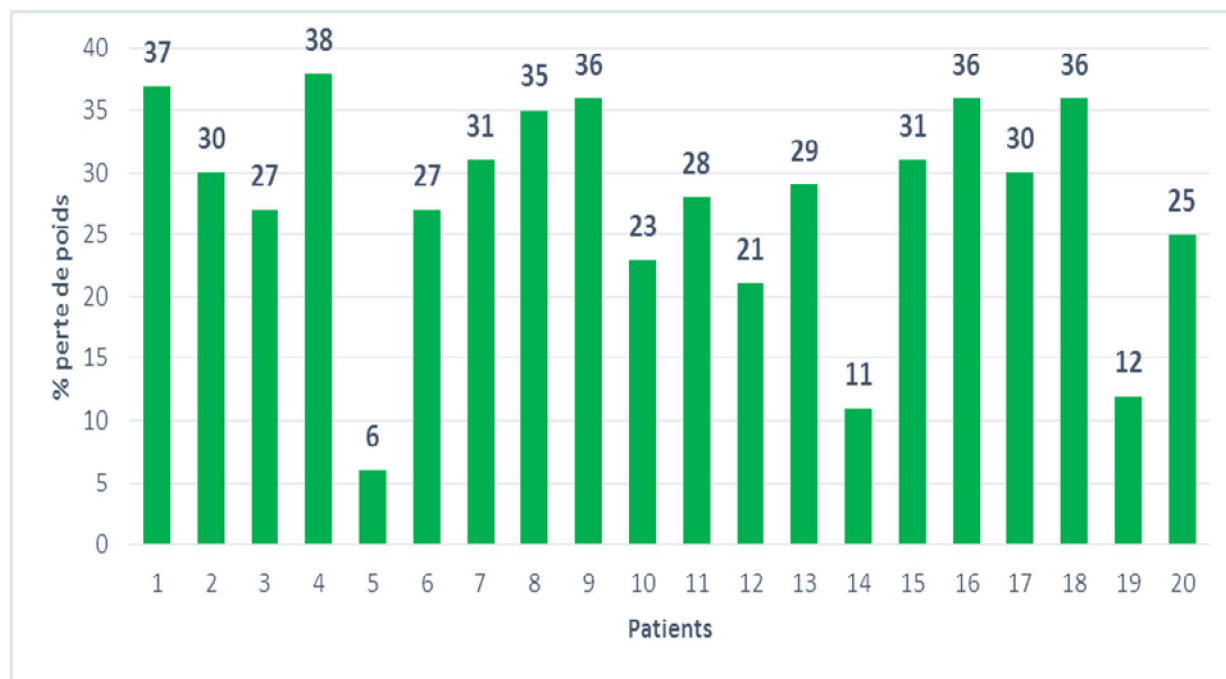


Figure 12 : Effet de la chirurgie bariatrique sur la perte de poids des patients

3. Sur les comorbidités :

On note que l'ensemble des comorbidités présentées chez les patients étaient chiffrées à 38 avant l'opération, 36 ont été améliorées et 2 non améliorées.

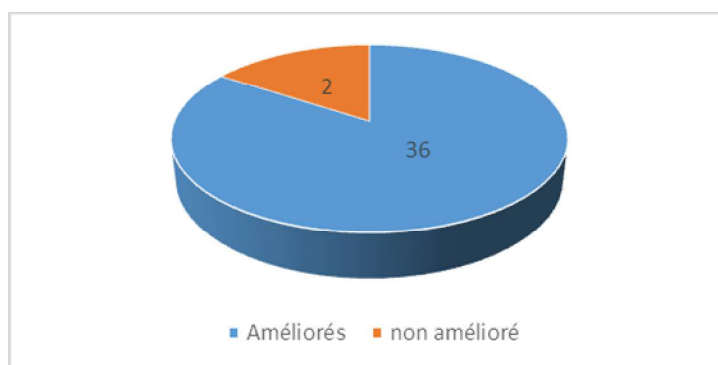


Figure 13 : Effet de la chirurgie bariatrique sur les comorbidités

Tableau II : Pourcentage de rémission des comorbidités liées à l'obésité après l'opération

Comorbidités liées à l'obésité	Pourcentage de rémission
HTA	95%
DT2	100%
SAOS	100%
Dyslipidémies	100%
Problèmes articulaires	95%

E. Qualité de vie :

Concernant la qualité de vie, la chirurgie bariatrique a permis d'améliorer de façon claire les différentes dimensions de l'échelle de BAROS. Une amélioration sensible a été observée surtout au niveau de la qualité de la vie sociale qui arrive en tête de classement.

Ainsi, 75% des patients estime leur **qualité de vie sociale** mieux ou beaucoup mieux, 20 % pareil et 5% moins qu'avant l'opération.

En deuxième lieu, **la sexualité et de l'estime de soi**, pour lesquelles 70% des patients estiment être mieux ou beaucoup mieux, 20% pareils et 10% moins qu'avant l'opération.

Vient ensuite **l'activité physique**, avec 65% des patients se sentent mieux ou beaucoup mieux, 20% n'ont pas senti de changement et 15% se sentent moins capables de participer à des activités physiques qu'avant l'opération.

Et enfin **la capacité de travail**, avec 60% de patients qui disent qu'ils sont capables de travailler mieux ou beaucoup mieux, 30% pareils et 10% se sentent moins investi dans leur travail.

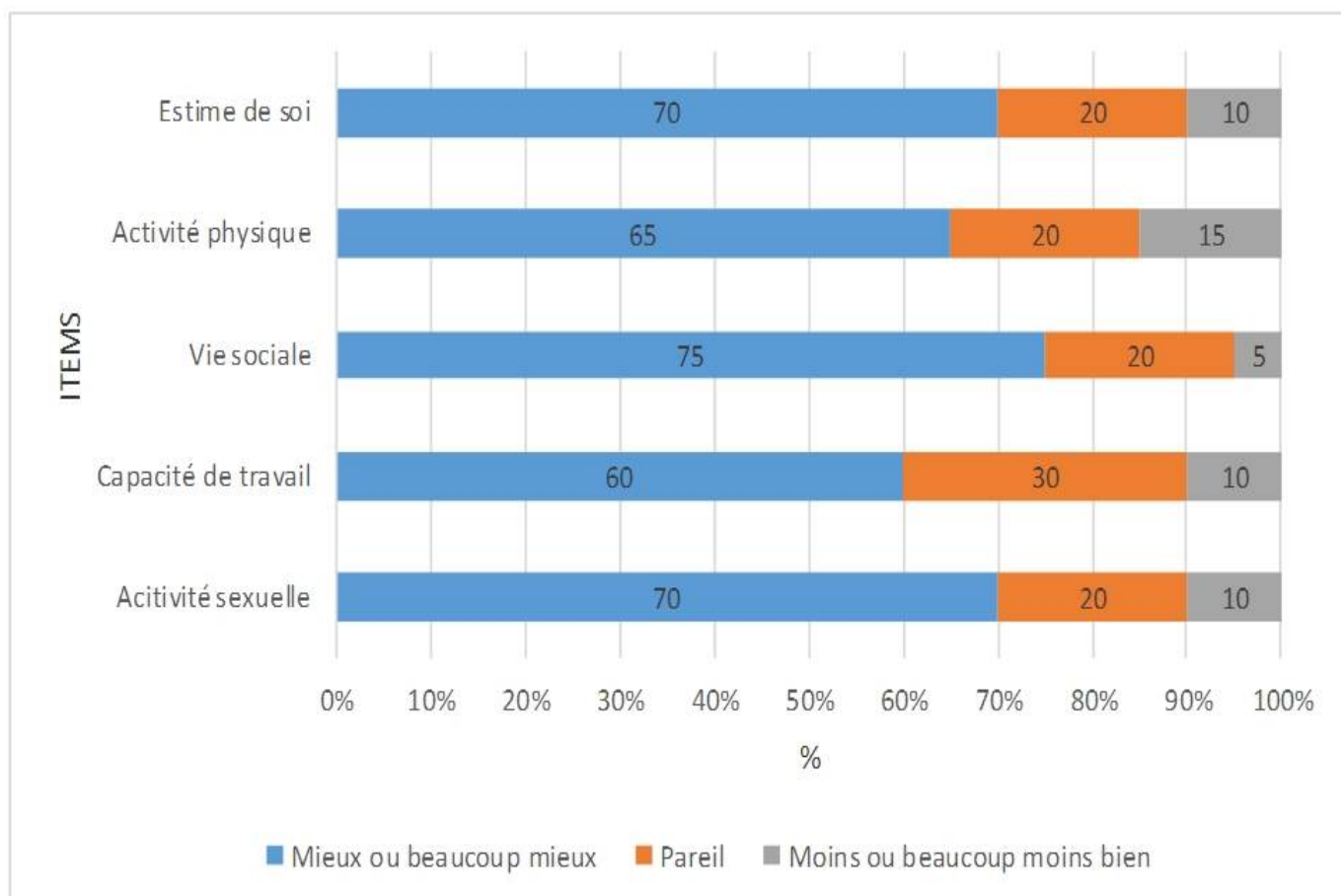


Figure 14 : Score des items de qualité de vie après la chirurgie bariatrique selon l'échelle de BAROS

Ainsi, d'une façon générale, le score moyen de notre échantillon est de 4,27, tout en sachant que ce score est considéré comme bon à partir de 3. Un seul patient présente un score inférieur à 3 (2, 25), alors que sept patients présentent un score supérieur ou égal à 5, ce qui est considéré comme un très bon score de qualité de vie.

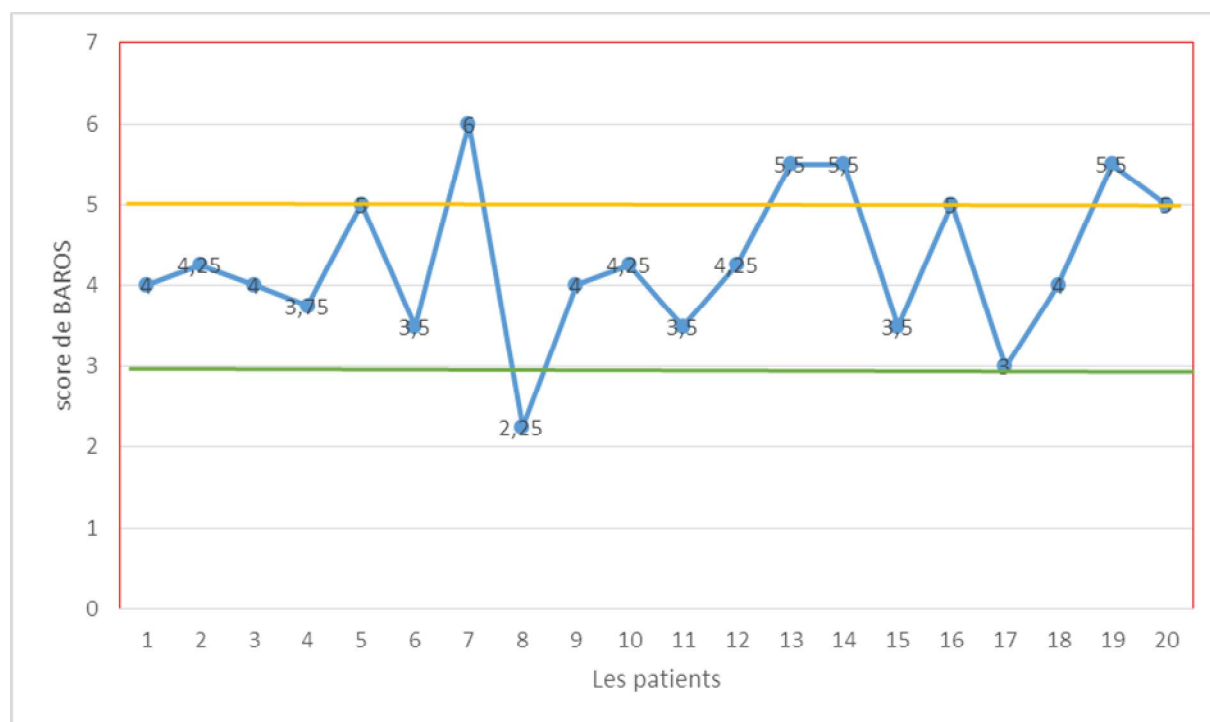


Figure 15 : Score de BAROS de nos patients

- Le seuil au-dessus duquel le score de la qualité de vie est considéré comme bon
- Le seuil au-dessus duquel le score de la qualité de vie est considéré comme très bon

F.Estime de soi :

Concernant l'estime de soi, 18 patients ont vu leur score s'améliorer, avec une augmentation du score moyen de l'échantillon de 31,55 avant la chirurgie, à 37,95 après celle-ci. Tout en sachant qu'un score inférieur à 31 traduit une EDS faible, pour un score entre 31 et 34 elle est considérée comme moyenne, entre 34 et 39 l'EDS est forte, et en fin un score supérieur à 39 signe une EDS très forte. Dans notre série, l'estime de soi est très forte chez 12 patients après la chirurgie contre 3 avant cette dernière.

Les différents scores de l'ESD à l'échelle de Rosenberg avant et après la chirurgie, sont détaillés dans la figure 16.

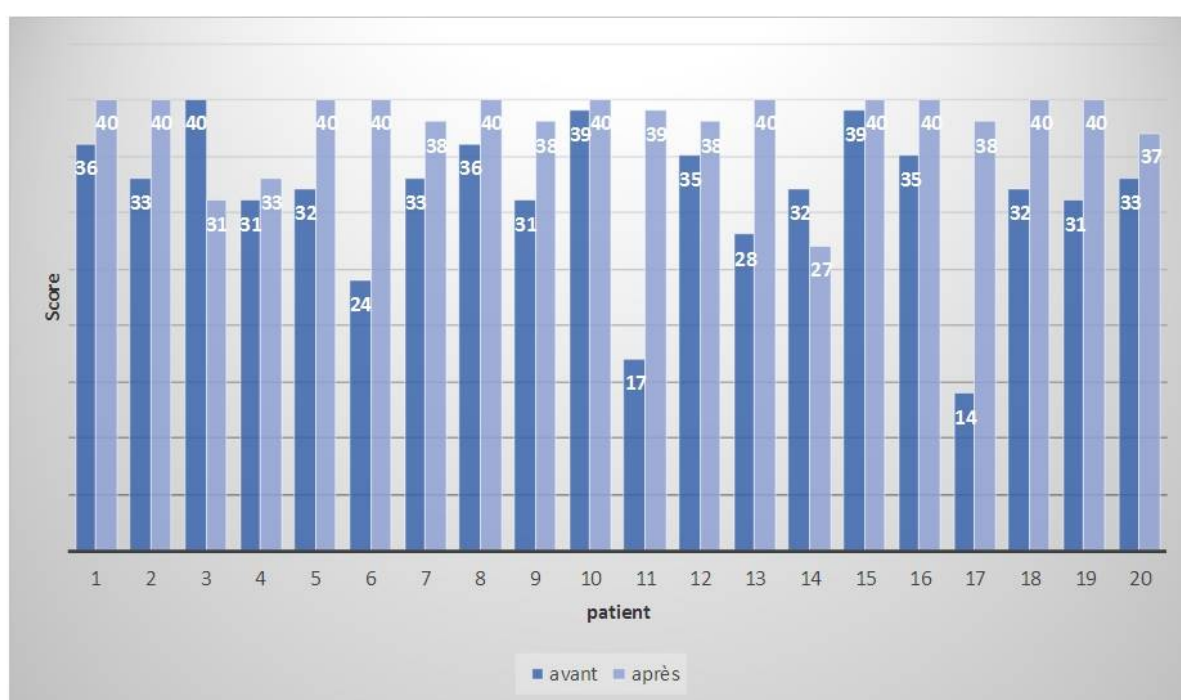


Figure 16 : Scores de l'estime de soi des patients avant et après la chirurgie bariatrique selon l'échelle de Rosenberg.

IV- Discussion

La chirurgie bariatrique est actuellement la dernière chance pour obtenir de bons résultats à long terme lorsque les mesures non pharmacologiques et les traitements conservateurs ne produisent pas de résultat satisfaisant. Cette chirurgie est devenue la thérapie de perte de poids la plus efficace et la plus durable, avec une perte de poids importante, une réduction ou une résolution des comorbidités liées à l'obésité, ainsi qu'une diminution de la mortalité et des coûts de la santé. Ces améliorations apportées par la chirurgie bariatrique sont objectifs et quantifiables, se prêtant à l'observation clinique et à l'analyse [85,86].

En plus de son apport reconnu sur le plan somatique, plusieurs études suggèrent son impact bénéfique sur le plan psychique. Ainsi, une revue systématique publiée récemment a apporté des preuves de l'existence d'une amélioration neurocognitive chez des patients ayant bénéficié de la chirurgie bariatrique [87].

Parmi les autres aspects de l'amélioration psychique, deux dimensions occupent une place importante dans le vécu de la population des patients atteints d'obésité morbide, la qualité de vie et l'estime de soi [88].

Dans cette étude, nous avons essayé d'évaluer l'impact de la chirurgie bariatrique sur ces deux dimensions, en menant cette enquête auprès de vingt patients ayant accepté de répondre à nos questions. En effet, nous avons contacté un total de quarante patients ayant bénéficié de cette chirurgie dans le service de chirurgie viscérale 1 de l'HMIM-V de Rabat, entre 2011 et 2018 ; les vingt autres patients qui n'ont pas été inclus de cette étude, étaient soit injoignables, soit ont refusé de répondre aux questions pour des raisons diverses.

Notre échantillon est dans l'ensemble semblable à celui étudié dans la littérature internationale, en ce qui concerne l'âge, le sexe, les caractéristiques cliniques et le type de chirurgie bariatrique. Les résultats de la chirurgie en matière de perte de poids ou de

réduction d'IMC et de comorbidité liées à l'obésité sont aussi proches de ce qui est rapporté dans la littérature. Nous allons dans un premier temps, comparer nos données avec celles des autres études, avant d'aborder notre objectif principal qui est celui de l'impact de cette chirurgie sur la **QDV** et **l'EDS** dans notre échantillon et dans les études publiées dans le monde.

A. Caractéristiques socio démographiques et cliniques :

1. Age

Dans notre série, l'âge moyen des patients est de 41 ans. Dans notre pays d'autres études ont été réalisées sur les patients bariatriques , ainsi dans la série de K.El.Rhazi et al [8] l'âge moyen des patients était de 41,5 ans et dans la série de N. Bouznad et al [15], l'âge moyen des patients était de 38,16 ans ,et dans la série de M. Bensabar[100] , l'âge moyen des patients était de 35,1 ans.

En Tunisie, Dans la série de F. Mahjoub et al [12] l'âge moyen était de 34 ans , la série d'A.Temessek et al [13] l'âge moyen était de 40,43 ans et dans la série de S. Ghroubi et al [14] l'âge moyen était de 43,21 ans. En France, la prévalence de l'obésité est plus importante chez la tranche d'âge entre 25 ans et 34 ans [7]. La moyenne d'âge est différente selon les séries suivantes ; celle de M-H.Rodde-dunet et al [9] l'âge moyen était de 37,5 ans. Dans la série de Jean-Marc Catheline et al [10] l'âge moyen était 40 ans et dans la série de Musikas MS et al [11] l'âge moyen était 49 ans.

Nos patients sont relativement jeunes, cela concorde avec la moyenne d'âge par rapport à ceux de l'ensemble des séries françaises, marocaines et tunisiennes.

Tableau III : Age moyen des patients ayant bénéficiés de la chirurgie bariatrique, dans différentes séries.

Pays	Auteur	Nombre des Patients	Âge moyen (ans)
France	M-H.Rodde-Dunet et al [89]	2069	37,5
	Jean-Marc CATHELIN et al [90]	100	40
	Musikas MS et al [91]	389	49
Tunisie	F. Mahjoub et al [92]	50	34
	A.Temessek et al [93]	70	40,34
	S. Ghroubi et al [94]	56	43,21
Maroc	K.EL Rhazi et al [88]	2896	41.57
	N. Bouznad et al [95]	6	38,16
	M. Bensabar[100]	10	35,1
	Notre série	20	41

2. Sexe :

Dans notre série, nous avons noté une large prédominance féminine avec 75% de femmes. Dans notre pays, la série de N. Bouznad et al [95] a noté une prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,5, et dans la série de M .Bensabar on note une large prédominance féminine avec 90% des cas. En Tunisie la série de d'A .Temessek et al [93], 82,9 % des patients étaient des femmes. Dans la série de S. Ghroubi et al [94] 82,5 % des patients étaient des femmes.

En France les études ont trouvé une nette prédominance féminine : Dans la série de M-H. Rodde-dunet et al [89] : 84,4% des patients étaient des femmes. Dans une autre série J-M Catheline et al [90] ont trouvé que 82,5 % des patients étaient des femmes. Alors que dans la série de K. Bouzid [96] : 87 % des patients étaient des femmes.

Notre résultat concorde avec les données de la littérature française, tunisienne et marocaine.

3. L'indice de masse corporelle

Dans notre série, l'IMC moyen est de 44,15 kg/m², Dans la série de N. Bouznad et al [95] l'IMC moyen était de 51,4 kg/m² et dans la série de M. Bensabar l'IMC moyen était de 45,15 kg / m². En France : Dans la série de M-H. Rodde-dunet et al [89] : l'IMC moyen était de 43,7 kg/m² et dans la série de Jean-Marc Catheline et al [90] l'IMC moyen était de 42,6 kg/m².

En Tunisie, dans la série de F. Mahjoub et al [92] : l'IMC moyen était de 43 kg/m². Ainsi que dans la série d'A. Temessek et al [93] : l'IMC moyen était de 37,63 kg/m² et dans la série de S. Ghroubi et al [94] : l'IMC moyen était de 39,6 kg/m².

Nous avons constaté que les moyennes d'IMC dans les séries marocaines sont plus élevées que les séries françaises et tunisiennes.

Tableau IV: Comparatif de nos résultats aux moyennes d'IMC avant l'opération bariatrique d'autres séries.

Pays	Auteur	Nombre de patients	IMC moyen (kg/m ²)
France	M-H.Rodde-dunet et al [89]	2069	43,7
	Jean-Marc Catheline et al [90]	100	42,6
Tunisie	F.Mahjoub et al [92]	50	43
	A.Temessek et al [93]	70	37,63
	S. Ghroubi et al [94]	56	39,6
Maroc	N.Bouznad et al [95]	6	51,4
	M.Bensabar	10	45,15
	Notre série	20	44,05

4. Les Comorbidités liées à l'obésité :

Dans notre série de cas, nous avons noté la présence de troubles cardiovasculaires (HTA) 20%, (DT2) 20%, de dyslipidémie à 30%, d'arthrose 15%, de syndrome d'apnée obstructif de sommeil (SAOS) soit 50%. Les comorbidités dans la série de M. Bensabar sont : la dyslipidémie dans 50% des cas, le DT2 dans 30% des cas, le SAOS dans 40% des cas, l'HTA dans 10% et les séquelles de cardiopathies ischémiques dans 10% des cas.

Dans la série de H.H Moata et al [98] les comorbidités retrouvées étaient : l'HTA dans 62%, Dyslipidémie dans 36%, DT2 dans 15,9%, SAOS dans 17%. Dans la série d'E. Nini et al [99] les comorbidités retrouvées étaient : l'HTA dans 41 %, les complications articulaires dans 21%, Dyslipidémie dans 19,5%, DT2 dans 19%, SAOS dans 9,5%, Complication cardiaque dans 5,5%. Dans la série d'A.Temessek et al [93].

Les comorbidités retrouvées étaient : les complications articulaires dans 57,1%, Dyslipidémie dans 41%, HTA dans 18%, DT2 dans 15,7%, SAOS dans 14,3%. Nous avons comparé l'ensemble de ces résultats dans le tableau V

Tableau V : Comparatif des comorbidités chez les patients avant la chirurgie bariatrique selon plusieurs séries

Comorbidités	Pourcentage (%)				
	M.Bensabar [100]	H.H Moata et al [97]	E.Nini et al [98]	A.Temessek et al [93]	Notre serie
HTA	10	62	41	18	20
Diabète type 2	30	15,6	19	15,7	20
Dyslipidémie	50	36	19,5	41	30
SAOS	40	17	9,5	14,3	50
Complications articulaires	0	0	21	57,1	15

B.Types et apport de la chirurgie bariatrique :

1. Type d'intervention

Notre étude souligne que le type de chirurgie bariatrique la plus utilisée est la gastrectomie partielle ou appelée la Sleeve, suivie du Bypass puis l'anneau gastrique.

En France, selon une étude qui souligne également l'évolution forte des techniques chirurgicales utilisées : la pose d'un anneau gastrique ajustable, technique réversible et de référence en 2006, a reculé et ne correspond plus en 2011 qu'à 25% des interventions. Les autres techniques de réduction de l'estomac et/ ou de dérivation de l'intestin (sleeve gastrectomie et by pass), peu pratiquées en 2006, totalisent désormais 75% des interventions [101].

2. Effets de la chirurgie sur les comorbidités et sur la perte de poids :

2-1) Sur les comorbidités :

Selon notre étude, l'impact de la chirurgie bariatrique sur les comorbidités est positif, l'hyper tension est améliorée à 95% des patients atteints, Le DT2 a été complètement résolu dans 100% des patients atteints. L'SAOS et l'arthrose résolue chez 100% et 95% des patients atteint respectivement.

Sur une étude menée par Buchwald l'impact de la chirurgie bariatrique sur les comorbidités, les résultats suivants étaient décrits : Le diabète a été complètement résolu dans 76,8% des cas et résolu ou amélioré dans 86,0%. L'hyperlipidémie s'est améliorée chez 70% des patients. L'hypertension a été résolue dans 61,7% des patients et résolue ou améliorée dans 78,5%. L'apnée obstructive du sommeil a été résolue chez 85,7% des patients [102].

2-2) Sur l'IMC :

Dans notre étude, nous avons une moyenne d'IMC initiale de 44,05 kg/m². Cette moyenne après la Chirurgie bariatrique est descendue à 31,1. La littérature internationale rapporte une baisse variable de l'IMC après ce type d'opérations, allant de 37 kg/m² jusqu'à 29 kg/m² en moyenne [103-105].

2-3) Sur la perte de poids :

Dans notre étude, nous avons une moyenne de perte de poids de 30% pour les patients ayant un recul de plus d'un an. Nos résultats concordent avec ceux de la littérature, qui rapporte une moyenne de perte de poids allant de 29,5% à 35% [106].

C. Impact sur la qualité de vie

Concernant la qualité de vie, il s'agit d'une dimension très importante lors de l'évaluation de l'impact de la chirurgie bariatrique. La déclaration de consensus du National Institutes of Health (**NIH**) de 1991 aux états Unis, préconisait de prendre en compte la qualité de vie dans toutes les évaluations de patients opérés dans le cadre d'un traitement chirurgical de l'obésité [107].

En conséquence, le système d'évaluation des résultats et d'analyse bariatrique (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System : BAROS) a été introduit en 1997 ; ce système identifie trois domaines principaux qui définissent le succès de la chirurgie bariatrique : le pourcentage de perte de poids excessif, les changements dans les conditions médicales et la qualité de vie [108].

Dans notre étude, nous avons utilisé l'échelle BAROS qui permet d'avoir un aperçu sur l'évolution de la qualité de vie (**QDV**) avant et après la chirurgie de l'obésité. Les résultats de notre étude en matière de QDV ont montré une évolution favorable du score général à l'échelle de BAROS, cela a été rapporté par plusieurs auteurs de différents pays. Les différentes dimensions de la qualité de vie ont été améliorées, avec une amélioration chez plus de 60% des patients dans toutes les dimensions, atteignant 75% des patients pour la QDV sociale.

Dans une étude, publiée en 2017, semblable à la nôtre, les auteurs ont inclus 57 femmes et 43 hommes âgés de 20 à 60 ans (moyenne d'âge de 40 ans) avec un **IMC** de 36 à 40 (chez 31% des patients) et supérieur à 40 (chez 69% des patients). Douze patients (12%) ont bénéficié de l'anneau gastrique, 58 de sleeve gastrectomie (58%) et 30 de bypass gastrique (30%). Le BAROS a été utilisé pour évaluer la qualité de vie, et les résultats étaient en faveur d'une amélioration de la QDV, quel que soit l'âge, le sexe ou le type d'intervention [109].

D'autres auteurs ont aussi confirmé le rôle de la chirurgie bariatrique dans l'amélioration de la QDV. Ainsi, dans une revue systématique publiée en 2015, Hachem et al ont évalué les changements dans la QDV après la chirurgie bariatrique chez les adultes atteints d'obésité. Les résultats démontrent des améliorations significatives de la qualité de vie après une chirurgie bariatrique, avec des améliorations plus importantes par rapport à celles obtenues par des interventions non chirurgicales, cela peut être expliqué par le fait que l'amélioration de la QDV dépend aussi de l'amélioration clinique, qui est plus importante chez les patients bénéficiant de cette chirurgie, par rapport aux autres moyens thérapeutiques.

La comparaison de différents types de chirurgies, dans cette revue systématique, a révélé des améliorations statistiquement significatives de la qualité de vie après le bypass gastrique et la sleeve gastrectomie par rapport aux autres méthodes chirurgicales. [110]. Alors que d'autres auteurs n'ont pas trouvé de différence entre les différentes techniques chirurgicales [111].

D'autres revues systématiques et études prospectives de cohorte ont confirmé cette tendance, en montrant une augmentation des scores de la QDV, et ce quelle que soit l'échelle utilisée, et le type de chirurgie bariatrique pratiquée [112-113].

Dans une méta-analyse publiée en 2015 par Lindekilde et al, la chirurgie bariatrique s'est montrée efficace pour améliorer la qualité de vie, en particulier celle liée au bien-être physique, alors que pour le bien-être psychologique, les auteurs soulèvent l'importance d'un accompagnement psychologique de la personne opérée pour obésité afin d'obtenir un meilleur pronostic postopératoire [114]. Dans une autre méta-analyse publiée la même année, la majorité des études rapportent une amélioration générale de la qualité de vie physique et mentale après la chirurgie bariatrique [115]

Par ailleurs, une autre revue systématique ayant évalué la QDV sur le long terme après la chirurgie bariatrique, a confirmé que les effets de cette chirurgie sur les aspects physiques de cette QDV persistent jusqu'à dix ans, alors que les améliorations constatées sur le plan psychosocial deviennent minimales après ce délai. [116], Ce constat est confirmé par une étude plus récente, ayant trouvé que la QDV psychique s'affaiblit dès 2 ans après la chirurgie, contrairement à la QDV physique qui elle reste améliorée [117].

D'autres auteurs ont suggéré même une altération de la santé mentale après dix ans de la chirurgie bariatrique, et ce, malgré la réussite de la perte de poids. Ils soulignent l'importance de l'identification d'un groupe à risque parmi les patients candidats à la chirurgie bariatrique, pour lequel le suivi alimentaire et psychologique peut revêtir une importance particulière. [118].

Dans notre étude, réalisée après des délais n'atteignant pas les dix ans, les dimensions en rapport direct avec le bien être psychologique, à savoir, l'estime de soi, la vie sociale et l'activité sexuelle, ont été améliorées chez plus de 70% des patients. La littérature confirme cette tendance, avec une amélioration de la fonction sexuelle aussi bien dans son versant physique que psychosexuel [119].

Le fait que les patients de notre échantillon ont montré une amélioration au niveau de ces aspects psychologique, et ce en l'absence d'intervention psychologique spécifique, peut être expliqué d'une part par l'absence de troubles psychopathologiques patents dans la majorité des patients, et d'autre part par le travail d'accompagnement empathique effectué par l'équipe soignante, sa disponibilité et son sens de l'écoute. Ces qualités qui sont à l'origine d'une bonne relation médecin-malade, permettent d'avoir de meilleurs résultats et un meilleur impact psychique.

Il faut savoir que le but ultime de la chirurgie bariatrique est d'améliorer la santé, donc la qualité de vie à travers une perte de poids adéquate, et la guérison ou l'amélioration des comorbidités.

La qualité de vie est améliorée de façon significative durant les deux premières années suivant l'intervention [119, 120]. La qualité de vie est fortement liée au niveau de satisfaction du patient quant aux résultats de l'opération, qui sont à leur tour fortement liés, aux attentes du patient avant l'opération [67].

Certaines études suggèrent que plus de 20% des patients ne sont pas satisfaits, en partie dus aux problèmes psychosociaux, aux complications de l'intervention, de la stagnation de perte de poids après un certain temps et aux attentes non résolues [123, 119, 120].

Quoiqu'il en soit presque tous les patients sont satisfaits et déclarent vouloir refaire l'opération si elle était à refaire ; il apparaît qu'ils atteignent la plupart de leurs buts, même s'ils n'obtiennent pas le poids désiré [122].

D. Impact sur l'estime de soi :

Concernant la deuxième dimension évaluée dans notre étude, l'estime de soi (EDS), elle a été partiellement évaluée comme item faisant partie de la QDV mesurée par le BAROS, dont elle constitue l'une des composantes. Ainsi, une majorité de 70% des patients a présenté une amélioration au niveau de l'EDS. Cela rejoint les données de la littérature, et notamment les résultats d'une étude récente ayant évalué la QDV chez 209 patients, un an après l'acte chirurgical, avec une amélioration significative de plusieurs aspects dont l'estime de soi (tableau VI)

Tableau VI : Evolution des items la QDV (selon l'échelle Moorehead-Ardelt Quality of Life II : MAQoL II), après la chirurgie bariatrique chez une population de 209 patients [124]

Items de la MAQoL II	Score préopératoire (Moyenne)	Score après un an (moyenne)	Valeur de p
Estime de soi	0.22	0.36	0.008
Fonctionnement physique	0.11	0.31	0.003
Interaction sociale	0.28	0.36	0.048
Capacité de travail	0.07	0.22	<0.001
Vie sexuelle	0.04	0.16	0.019
Relation avec la nourriture	0.11	0.26	0.004
Score total	0.76	1.54	<0.001

Cette dimension a été aussi spécifiquement mesurée dans notre étude par l'échelle de Rosenberg. Ce test, développé par le sociologue Morris Rosenberg, reste le plus utilisé dans la recherche en psychologie pour évaluer le niveau global d'estime de soi [125]. Parmi les 20 patients inclus dans l'étude, 18 patients ont vu leur score s'améliorer de façon significative, les deux autres patients n'ayant pas montré d'amélioration à ce niveau, présentaient antérieurement des troubles psychopathologiques à l'origine de cette faible estime de soi, notamment avec des traits de personnalité pathologique.

Dans la littérature internationale, la plupart des études confirment le rôle de la perte de poids, après la chirurgie bariatrique, dans l'amélioration de la perception de l'image du corps, qui est l'une des constituantes fondamentales de l'EDS [126-128].

Néanmoins, quand il s'agit de l'EDS de façon générale, et qui va au-delà de la simple perception du « soi physique », les résultats sont moins tranchants. Ainsi certains auteurs rapportent une amélioration de l'EDS après la chirurgie de l'obésité [129], avec une évolution favorable dès le sixième mois après la chirurgie. [130].

Cette amélioration est liée généralement à l'amélioration de l'état psychopathologique des patients, notamment des symptômes dépressifs, qui sont pourvoyeurs d'idées de dépréciation et d'incapacité, affaiblissant l'EDS des patients [131].

Par ailleurs, notre échantillon est constitué uniquement de patients adultes âgés de plus de 25 ans, alors que la littérature suggère aussi une amélioration de l'EDS et de la QDV chez les adolescents atteints d'obésité sévère, ayant bénéficié de la chirurgie bariatrique [132].

D'autres auteurs, n'ont pourtant pas constaté d'amélioration au niveau de l'EDS après la chirurgie bariatrique [133]. En effet, une revue de la littérature suggère que la chirurgie bariatrique améliore l'estime de soi, la confiance en soi et l'expressivité, et que ces changements semblent être corrélés aux améliorations de l'image corporelle et à la satisfaction liée à la perte du poids après la chirurgie [134]. Toutefois, cette amélioration est souvent limitée par une insatisfaction résiduelle relative à l'image corporelle, due à un excès et/ou affaissement de la peau, qui a été rapportée chez des proportions pouvant aller jusqu'à 70% des patients, même si 90% étaient satisfaits de leur apparence générale [135]. Cette insatisfaction peut être un facteur qui interfère avec l'amélioration de l'EDS, et qui nécessite ainsi une préparation psychique préopératoire, avec une information éclairée sur les suites opératoires sur le plan esthétique. Cela est encore plus important chez les candidats à la chirurgie bariatrique présentant une psychopathologie et d'autres facteurs de risque psychologiques, qui sont plus susceptibles de signaler des problèmes d'image corporelle tôt après la chirurgie bariatrique [136].

Tout en sachant que des études ont montré qu'une chirurgie post-bariatrique de remodelage corporel permettrait d'améliorer encore plus l'image corporelle, et donc l'EDS des patients qui le nécessitent. [137.]

L'estime de soi est ainsi une dimension sur laquelle il faut travailler avant même la chirurgie. Surtout qu'elle est impliquée dans la relation entre l'obésité morbide d'une part, et la dépression et la suicidalité de l'autre. Et les interventions visant l'EDS peuvent être utiles pour améliorer les bénéfices psychologiques chez les personnes se présentant pour une chirurgie bariatrique [138].

De manière générale, la présence d'une psychopathologie préopératoire sévère et les attentes des patients selon lesquelles la vie changera radicalement après la chirurgie, peuvent également avoir un impact négatif sur ces dimensions psychiques après la chirurgie.

L'équipe soignante doit anticiper ces problèmes pendant la période péri-opératoire, en s'aidant d'une évaluation et une éventuelle prise en charge psychopathologique des patients candidats à la chirurgie bariatrique, afin de maximiser les bénéfices en matière de QDV et d'EDS après la chirurgie [139,140].

Il est ainsi primordial de dépister et de prendre en charge les troubles psychiatriques, qui sont assez fréquents chez cette population, et qui peuvent entraîner une non amélioration de la qualité de vie ou de l'estime de soi. L'anxiété, la dépression, l'incapacité fonctionnelle perçue, l'altération de la qualité de vie et la perturbation de l'image de soi, sont les perturbations psychiques les plus courantes chez les candidats pour la chirurgie bariatrique. La reconnaissance, l'évaluation et le traitement de ces altérations devraient améliorer les résultats positifs de la chirurgie bariatrique[141].

L'évaluation psychiatrique avant la chirurgie bariatrique doit être expliquée et préparée par le médecin traitant, pour que le patient en perçoive les bénéfices et l'apport potentiels. Cette évaluation psychiatrique ne visera pas à contre indiquer la chirurgie à tous les patients ayant des troubles psychiatriques avérés, car même ces patients peuvent en bénéficier quand ils sont bien stabilisés [142]. Mais plutôt à accompagner ces patients dans cette démarche thérapeutique, qui nécessite beaucoup

de patience et de sérénité. Et si la majorité des études, à l'instar de la nôtre, constatent une amélioration notable de la QDV et de l'EDS, un suivi psychologique et/ou psychiatrique après la chirurgie, permettra d'anticiper les difficultés psychologiques pouvant survenir en rapport avec les modifications de l'image corporelle et dans les relations sociales [143].

E. Intérêts et limites de l'étude :

Cette thèse est la première au Maroc à s'être intéressée à la chirurgie bariatrique sous l'angle de son apport pour la QDV et l'EDS des patients. Le fait que cette chirurgie soit relativement nouvelle dans notre pays, a fait que peu de patients en ont bénéficié à ce jour. Cela s'est répercuté sur le nombre total des patients inclus dans cette étude, qui reste inférieur à celui rencontré dans les études similaires réalisées ailleurs. Cela a eu aussi un effet sur l'exploitation des résultats et la méthodologie utilisée dans cette étude, qui reste descriptive sans analyse statistique permettant d'avoir des résultats plus solides sur le plan méthodologique. Une autre limite liée à l'aspect récent de ces techniques chirurgicales, est l'absence de recul assez important, permettant une évaluation sur le long terme, notamment en vue des résultats de la littérature, qui font la distinction entre les résultats sur le court et long terme. Une autre limite méthodologique est celle du caractère observationnel de l'étude. Une étude prospective d'une cohorte de patients serait plus intéressante et permettra une évaluation plus dynamique de ces aspects psychiques.

Néanmoins, les résultats de notre étude apportent un premier regard sur l'état des lieux en matière de QDV et d'EDS chez cette population de patients bariatrique, qui est appelée à grandir, avec une demande de plus en plus pressante d'une prise en charge de qualité, qui prend en compte aussi bien les aspects physiques que psychiques.

F. Recommandations :

Cette étude et la revue de la littérature soulignent l'importance d'effectuer un examen de la personnalité du patient et de ses capacités de compréhension avant de prendre la décision chirurgicale, car il est nécessaire de s'assurer avant l'intervention que le patient soit capable d'être observant sur le long cours vis à vis des consignes de suivi postopératoire.

En complément de l'évaluation clinique, la passation d'auto questionnaires avant la consultation peut être utile pour orienter l'entretien clinique vers les dimensions à explorer plus en détails. Comme c'est le cas pour les troubles psychiatriques, qui peuvent parfois passer inaperçus ainsi que les troubles de personnalités ou les différents additifs. Ces situations peuvent être associées à une moins bonne évolution post-opératoire avec une altération de la qualité de vie et probablement une baisse d'estime de soi.

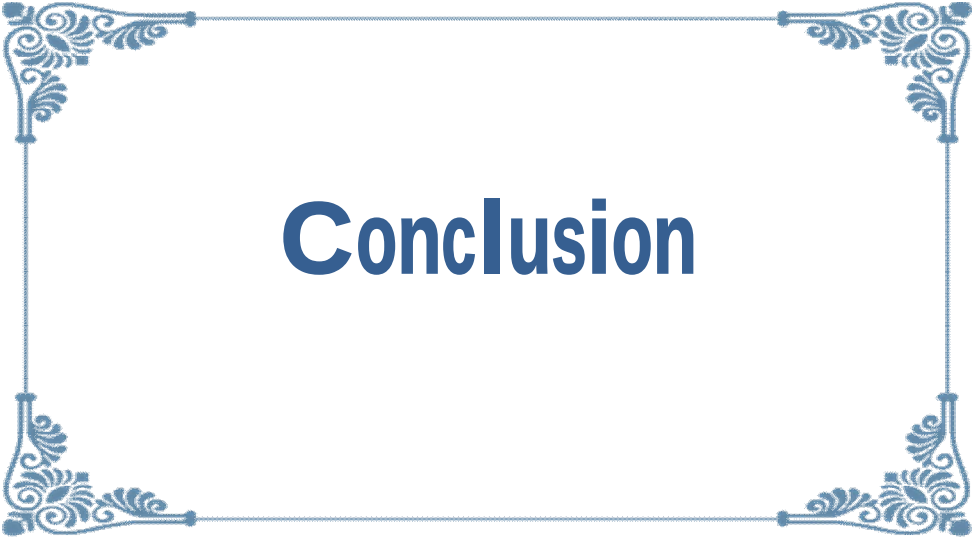
La consultation avant la chirurgie bariatrique étant souvent le premier contact du patient avec un psychiatre, celui-ci doit adopter une approche empathique et motivationnelle qui permettra de favoriser un bon suivi ultérieur ; de plus, ce type d'approche permet de favoriser le recours ultérieur à cette consultation.

Le psychiatre ou le psychologue ont une place importante dans l'équipe pluridisciplinaire aussi bien avant qu'après le geste opératoire. Ainsi il est recommandé qu'une équipe psychiatriques soit formée à ce type d'intervention afin d'acquérir l'expérience nécessaire pour la prise en charge de cette population particulière.

Il sera préférable d'anticiper les suites postopératoires en organisant le suivi et en l'adaptant en fonction de l'état clinique du moment, en prenant par exemple en compte les modifications de l'estime de soi, de l'image corporelle ou de la vie relationnelle (vie de couple, vie sociale)

Ainsi pour favoriser la motivation du patient à s'engager dans des éventuels soins, l'évaluation psychiatrique avant et après la chirurgie bariatrique doit avoir été présentée et préparée par le médecin référent, afin que le patient en perçoive l'intérêt et les bénéfices potentiels.

Même si une amélioration notable de la qualité de vie et de l'estime de soi a été constatée chez une majorité de patients , un suivi psychologique voir psychiatrique post-opératoire peut être utile, afin de prendre en charge les difficultés psychologiques résiduelles ou nouvelles qui peuvent survenir chez ses patients.



Conclusion

En plus de son apport reconnu sur le plan somatique, la chirurgie bariatrique semble améliorer plusieurs aspects psychologiques dont la qualité de vie et l'estime de soi. Ces deux dimensions participent largement dans l'équilibre de la vie psychique et l'épanouissement de l'individu, et elles sont d'un intérêt grandissant dans la prise en charge globale du patient candidat à la chirurgie bariatrique.

Notre étude, à l'instar de la majorité des données de la littérature, confirme l'impact positif de cette chirurgie sur la QDV et l'EDS. Néanmoins, des questions se posent sur la persistance de cet impact sur le long terme, notamment chez des patients ayant un profil psychopathologique particulier. Cela soulève l'importance d'un accompagnement psychologique avant et après la chirurgie, avec une bonne relation médecin –malade, se basant sur une information claire et simple sur le bénéfice attendu et les risques encourus. Une évaluation psychiatrique avant toute chirurgie de l'obésité est nécessaire pour dépister et stabiliser certaines conditions psychopathologiques, pouvant interférer avec l'amélioration de la QDV psychique et l'EDS.

Cette étude ouvre la voie à d'autres, pour explorer encore plus l'apport de la chirurgie bariatrique dans les différents domaines de la vie de la personne atteinte d'obésité, tout en essayant d'améliorer les procédures de prise en charge, afin d'optimiser les résultats obtenus par ce moyen thérapeutique efficace et en plein essor.



Résumés

Résumé

Titre: Evaluation de l'impact de la chirurgie bariatrique sur la qualité de vie et l'estime de soi: Enquête menée sur vingt patients.

Auteur: Amina Bichra

Mots-clés: chirurgie bariatrique-obésité-qualité de vie-estime de soi.

Contexte: L'obésité est un problème de santé publique au Maroc, elle met en cause le bien-être physique, psychologique et social de l'individu. Parmi les options thérapeutiques les plus efficaces figurent la chirurgie, appelée bariatrique, dont les bénéfices aussi bien somatiques que psychiques ont été soulignés dans la littérature.

Objectif: évaluer l'impact de la chirurgie bariatrique sur la qualité de vie ainsi que sur l'estime de soi des patients.

Matériel et méthode: Nous avons mené une étude observationnelle descriptive d'une série de cas ayant bénéficié de cette chirurgie, au niveau du service de chirurgie viscérale 1, de L'HMIMV de Rabat. L'évaluation de la qualité de vie a été faite à l'aide de l'échelle BAROS, et l'estime de soi à l'aide de l'échelle de Rosenberg.

Résultats: Notre échantillon est constitué de 20 patients (15 femmes et 5 hommes) en situation d'obésité sévère ($IMC \geq 35$), avec un âge moyen de 41 ans. La chirurgie bariatrique a permis de réduire l'IMC moyenne de notre échantillon de 44,05 à 32,65. Le score moyen de l'évolution de la qualité de vie est de 4,27 (un score supérieur à 3 est considéré comme bon). Concernant l'estime de soi, 18 patients ont vu leur score s'améliorer, avec une augmentation du score moyen de l'échantillon de 31,55 avant la chirurgie, à 37,95 après celle-ci.

Conclusion: en plus de son apport reconnu sur le plan somatique, la chirurgie bariatrique semble améliorer plusieurs aspects psychologiques dont la qualité de vie et l'estime de soi. Ces deux dimensions participent largement dans l'équilibre de la vie psychique et l'épanouissement de l'individu.

Summary

Title: Assessment of the impact of Bariatric Surgery on quality of life and self-esteem: investigation of twenty patients.

Author: Amina Bichra

Keywords: Bariatric Surgery-obesity-quality of life-self-esteem.

Background: Obesity is a public health problem in Morocco, it involves physical, psychological and social individual well-being. Treatment varies widely depending on its degree and general health status. The most effective treatment options include surgery, called Bariatric, which psychic as well as somatic profits have been highlighted in the literature.

Aim : to assess the impact of bariatric surgery on quality of life as well as on self-esteem of patients.

Material and method: We conducted a descriptive observational study of a case series, having benefited from this Bariatric Surgery, in a visceral surgery service of the Mohamed-V Teaching Military Hospital in Rabat. The assessment of the quality of life was made using BAROS scale, and self-esteem using the Rosenberg scale.

Results: Our sample consists of 20 patients (15 women and 5 men) in a situation of severe obesity with a Body Mass Index (BMI) equal to or greater than 35, with an average age of 41. Bariatric Surgery helped reduce the average BMI of our sample from 44,05 to 32.65. The average score of the evolution of the quality of life is 4.27 (a score higher than 3 is considered good). Regarding self-esteem, 18 patients have seen their score improved, with an increase in the average score of the sample from 31.55 before, to 37.95 after surgery.

Conclusion: in addition to its recognized contribution somatically, Bariatric Surgery seems to improve several psychological aspects such as quality of life and self-esteem. These two dimensions participate widely in the balance of psychic life and self-fulfillment.

ملخص

العنوان: تقييم أثر جراحة البدانة على جودة الحياة وتقدير الذات: بحث حول عشرين مريضا.

المؤلف: أمينة بشرة

الكلمات الأساسية: جراحة البدانة، البدانة، نوعية الحياة، تقدير الذات.

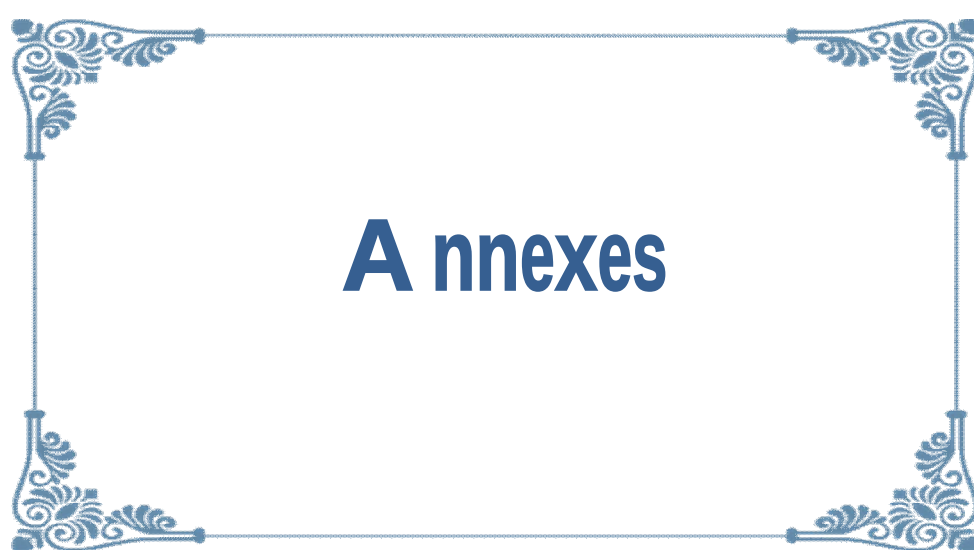
السياق: تعد البدانة مشكلة صحية عمومية بالمغرب، فهي تؤثر على الرفاه الجسدي 88 والنفسي والاجتماعي للشخص. علاجها يختلف بشكل كبير حسب درجتها والحالة الصحية العامة للمريض. تعد جراحة البدانة من بين الاختيارات العلاجية الأكثر فعالية، التي تؤكد الدراسات تأثيرها الإيجابي على الجانبين الجسدي والنفسي.

الهدف: تقييم أثر جراحة البدانة على جودة الحياة وتقدير الذات عند عينة من المرضى المغاربة.

المواد والطريقة: أجرينا دراسة مراقبة وصفية لسلسلة من الحالات، استقادت من جراحة البدانة في مصلحة جراحة الأحشاء 1 بالمستشفى الدراسي العسكري محمد الخامس بالرباط. تم تقييم نوعية الحياة باستعمال مقياس BAROS، بينما تم استعمال مقياس Rosenberg لتقييم تقدير الذات.

النتائج: تتكون عينتنا من 20 مريضا (15 إناث و 5 ذكور) في حالة بدانة حادة. مؤشر كتلة الجسم لديهم يعادل أو أكثر من 35، مع معدل عمر يناهز 41 سنة. مكنت جراحة البدانة من تقليص معدل مؤشر كتلة الجسم لهاته العينة من 44,05 إلى 32,65. متوسط نقاط تطور جودة الحياة هو 4,27 (كل نقطة تفوق 3 تعد جيدة). فيما يخص تقدير الذات، تحسنت نقط 18 مريضا، مع ارتفاع متوسط هذه النقط لدى العينة من 31,55 قبل الجراحة إلى 37,95 بعدها .

الاستنتاج: بالإضافة إلى تأثيرها الإيجابي المعترف به على الصحة الجسدية، تحسن جراحة البدانة على ما يبدو جوانب نفسية عدة كجودة الحياة وتقدير الذات. هذان البعدان يساهمان بصفة كبيرة في توازن الحياة النفسية للشخص وتحقيق ذاته .



Annexe 1 : Fiche Personnel Du Patient

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe : F /M

Origine :

Profession :

Statut Matrimoniale : Célibataire / Marié(e) / Divorcé(e) / Veuf(ve)

Référence : Docteur / Internet / Patient / Autre

Les Antécédents :

Personnel :	Avant l'opération	Après l'opération
Medicaux :		
Chirurgicaux :		
Habitudes/Toxiques/allergies		
Psychiatriques :		
Gynécologique : si femme		

Familiaux :

Histoire du Poids :

Depuis quand le patient se plaint d'obésité ?

Il y'a-t-il eu des cures d'amaigrissements ?

Si oui lesquels ?

Qualité de l'entourage : Famille au courant du projet ?

Sont-ils d'accord pour cet acte chirurgical ?

Comportements alimentaire :

Poids Initial avant l'opération :

Type d'opération bariatrique ?

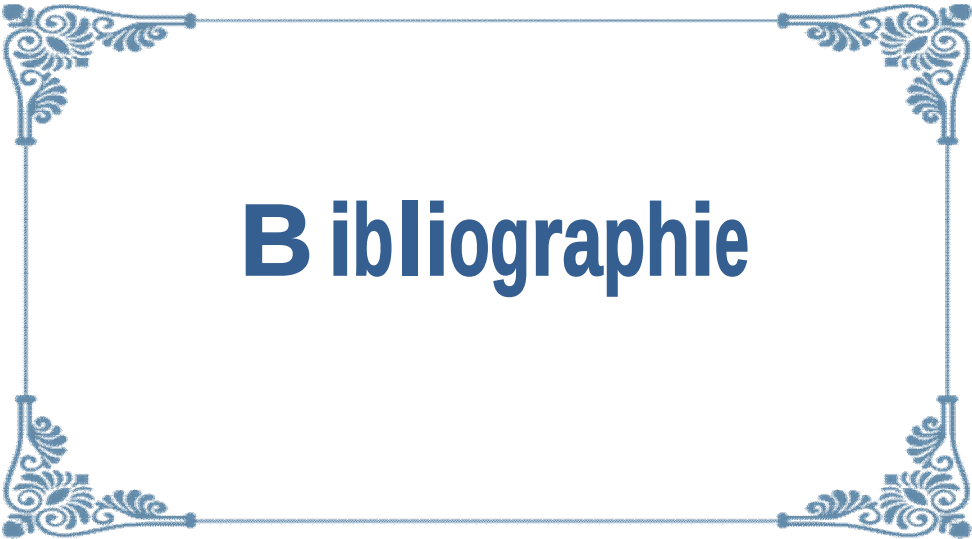
Taille : IMC :

Date de l'opération :

Poids après séjour hospitalier :

Quand est-ce qu'il y'a eu une stagnation de poids :

Poids Actuel : IMC :



Bibliographie

- [1] Martorell R, Boman BA; RM; Russel The emergence of diet-related chronic diseases in developing countries. Present knowledge in nutrition 2001
- [2] Obesite-un-probleme-de-sante-publique, 8 mai 2014
- [3] World Health Organisation. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. World Health Organ Tech Rep Ser 2000; 894: 1-253.
- [4] Ouairhi A, obese-10-millions-de-marocains-concernes. 12 octobre, 2017;10:58
- [5] Obesity: identification, assessment and management /Guidance et guidelines / NICE 2014.
- [6] Obesite.ulaval.ca/obesite/generalites/consequences_psychologiques.php
- [7] Haute Autorité de santé, « Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte - Synthèse des recommandations » janvier 2009
- [8] Sjöström CD, Peltonen M, Wedel H. Differentiated long-term effects on intentional weight loss on diabete and hypertension. Hypertension 2000; 36:20-5.
- [9] Arterburn DE, Olsen MK, Smith VA and All .Association between Bariatric Surgery and Long-term Survival JAMA. 2015
- [10] Santi P, Chirurgie de l'obésité : engouement et dérives Rev Prescire 2003;23(245):869-70.

- [11] Brami J, Ciangura C [obesite_document_medecin_traitant_2009-09-25_16-41-5_784.pdf](#)
- [12] Belachew M, Legrand MJ, Vincent V. history of Lap-Band: From dream to reality. *Obes Surg* 2001; 11:297-302.
- [13] Msika S. Chirurgie de l'obésité : efficacité des différents procédés chirurgicaux. *J Chir (Paris)* 2002; 139:194-204.
- [14] Msika S. Chirurgie de l'obésité : complications. *J Chir (Paris)* 2003; 140 :4- 21.
- [15] Marmuse JP. Le bypass gastrique. In: Chevalier JM, Patou F, editors. *Chirurgie de l'obésité – Monographie de l'association française de chirurgie*. Rueil-Malmaison : Arnette ; 2004. p. 104-46.
- [16] Catheline JM, Rosales C, Cohen R, Bihan H, Fournier JL, Roussel J, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy for a super superobèse patient with situs inversus totalis. *Obes Surg* 2006; 16:851-4.
- [17] Almogy G, Crookes PF, Anthone GJ. Longitudinal gastrectomy as a treatment for high-risk super obèse patient. *Obes Surg* 2004; 14 :492-7.
- [18] Mognol P, Chosidow D, Marmuse JP. Laparoscopic sleeve gastrectomy as an initial bariatric operation for high-risk patients: initial results in 10 patients. *Obes Surg* 2005 ;15 :1030-3
- [19] Regan JP, Inabnet WB, Gagner M, Pomp A. Early experience with two-stage laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass as an alternative in the super-super obèse patient. *Obes Surg* 2003 ;13 :861-4

- [20] The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*. 1998 May; 28(3):551-8.
- [21] Estime de soi. *Le petit Larousse de la psychologie*. Paris: Larousse; 2016. p. 297-305.
- [22] Silber E, Tippet JS. Self-esteem: clinical assessment and measurement validation. *Psychol Rep*. 1965 Jun;16(3 Suppl):1017-71
- [23] Lallement B, Confiance en soi/lestimr-de-soi ; 14octobre 2013
- [24] Kalarchian, marcus. psychiatric disorders among bariatric surgery candidates.relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry* 2007 ; 164:328-334
- [25] Giusti V, Héraïef E, Gaillard RC, et al. Predictive factors of binge eating disorder in women searching to lose weight. *EWD* 2004;9:44-9.
- [26] Polivy J. Psychological consequences of food restriction. *J Am Diet Assoc* 1996; 96:589-92.
- [27] Dingemans AE, Bruna MJ, van Furth EF. Binge eating disorder: A review. *Int J Obes* 2002; 26:299-307.
- [28] Hasler G, Pine DS, Gamma A, et al. The associations between psychopathology and being overweight: A 20-year prospective study. *Psychol Med* 2004; 34:1047-57.
- [29] Herpertz S, Burgmer R, Stang A, et al. Prevalence of mental disorders in normal-weight and obese individuals with and without weight loss treatment in a German urban population. *J Psychosom Res* 2006;61:95-103.

- [30] Faith MS, Matz PE, Jorge MA. Obesity-depression associations in the population. *J Psychosom Res* 2002; 53:935-42.
- [31] Fabricatore AN, Waddwn TA. Psychological aspects of obesity. *Clin Dermatol* 2004;22:332-7.
- [32] Crisp AH, McGuiness B. Jolly fat : Relation between obesity and psychoneurosis in general population. *Br Med J* 1976;1:7-9.
- [33] Palinkas LA, Wingard DL, Barrett-Connor E. Depressive symptoms in overweight and obese older adults : A test of the «jolly fat» hypothesis. *J Psychosom Res* 1996;40:59-66.
- [34] Onyike CU, Crum RM, Lee HB. Is obesity associated with major depression ? Results from the third national health and nutrition examination survey. *Am J Epidemiol* 2003;158:1139-47.
- [35] Fassino S, Leombruni P, Pierò A, et al. Mood, eating attitudes and anger in obese women with and without binge eating disorder. *J Psychosom Res* 2003;54:559-66.
- [36] Linde JA, Jeffery RW, Levy RL, et al. Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women. *Int J Obes* 2004;28:418-35.
- [37] Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Are the obese at greater risk for depression ? *Am J Epidemiol* 2000;152:163-70.
- [38] Dixon JB, Dixon ME, O'Brien PE. Depression in association with severe obesity : Changes with weight loss. *Arch Intern Med* 2003;163:2058-65.

- [39] Mamplekou E, Komesidou V, Bissias C, et al. Psychological condition and quality of life in patients with morbid obesity before and after surgical weight loss. *Obes Surg* 2005;15:1177-84.
- [40] Werrij MQ, Mulkens S, Hospers HJ, Jansen A. Overweight and obesity : The significance of a depressed mood. *Patient Educ Couns* 2006;62:126-31.
- [41] Lee L, Shapiro CM. Psychological manifestations of obesity. *J Psychosom Res* 2003; 55:477-9.
- [42] Wadden TA, Butryn ML, Sarwer DB, et al. Comparison of psychosocial status in treatment-seeking women with class III vs. class I-II obesity. *Surg Obes Relat Dis* 2006; 2:138-45.
- [43] Becker ES, Margraf JM, Türke V, et al. Obesity and mental illness in a representative sample of young women. *Int J Obes* 2001;25:S1-S9.
- [44] Hill AJ, Williams J. Psychological health in a non-clinical sample of obese women. *Int J Obes* 1998; 22:578-83.
- [45] Womble LG, Williamson DA, Martin CK, et al. Psychosocial variables associated with binge eating in obese males and females. *Int J Eat Disord* 2001; 30:217-21.
- [46] Ayad C, Andersen T. Long-term efficacy of dietary treatment of obesity. A systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obes Rev* 2000; 1:113-9.
- [47] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé (Anaes). *Chirurgie de l'obésité morbide de l'adulte*. 2001.

- [48] NIH, Consensus Development Conference Panel. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus Development Statement. *Ann Intern Med* 1991;115:956-61.
- [49] Webb ww.heterogeneity of personality traits in massive obesity and outcome prediction of bariatric surgery. *Int J Obes* 1990; 14:13-20
- [50] Adami gf. body image in obese patients before and after stable weight reduction following bariatric surgery. *Psychom Res*.1999; 46:275-81.
- [51] Larsen f.personality changes after gastric banding surgery for morbid obesity. *Psychom Res* 1989; 33:323-34.
- [52] Van Hout.Psychosocial effects of bariatric Surgery.2005;105.40 3;
- [53] Pessina a, andreoli m, vassallo c. adaptability and compliance of the obese patient to restrictive gastric surgery in the short term. *Obes Surg* 2001; 11:459-63.
- [54] National institutes of health consensus development panel: GASTROINTESTINAL surgery for severe obesity: *J Clin Nutr* 1992; 55; 615S- 619s
- [55] Agnieszka h.dziurawicz-kozłowska, ma .the objective of psychological evaluation in the process of qualifying candidates for bariatric surgery. *Obes Surg* 2006; 16,196-202.
- [56] Van Hout gcm, verschure skm, van heck gl. psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obes Surg* 2005; 15:552-60.
- [57] Hsu lkg, benotti pn, dwyer j et al. nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosom Med* 1998; 60: 338-46

- [58] Kolotkin rl. health related quality of life in patients seeking gastric bypass surgery vs non treatment-seeking controls. *Obes Surg* 2003;13: 371-7
- [59] Granaag.personnality profile of the morbidly Obèse.*J Clin Psychol* 1989;
- [60] Ray ec,nickels mw,sayeed s et al. predicting success after gastric bypass;the role of psychosocial and behavioral factors.*surgery* 2003;134:555-63.
- [61] Powers ps, ROSEMURGGY a, And BOYD f et al.outcome of gastric restriction procedures: weight, Psychiatric diagnoses, and satisfaction. *Obes Surg* 1997; 7: 471-7.
- [62] Christou NV, Sampalis JS, Liberman M, Look D, Auger S, McLean APH, et al. Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidity obèse patients. *Ann Surg* 2004;240:416-24.
- [63] Van hout GC, van oudheusden I, van heck GL. Psychological profile of morbidly obèse. *Obes Surg.* 2004; 14: 579-88
- [64] De Zwaan m, Mitchell je, kowell LM et al. Characteristics of morbidly obèse patients before gastric bypass surgery. *Compr psychiatry* 2003; 44:428-34.
- [65] Gerbrand cm. van hout. Psychosocial functioning following bariatric surgery.*Obes Surg.*2006.16
- [66] Wadden ta. the treatment of OBESITY: on overview. in: stunkard aj, wadden ta, eds. *obesity: theory and therapy*. New-York: Raven Press 1993:197-217.

- [67] Dixon jb. body image: appearance orientation and evaluation in the severely obese. changes with weight loss. *Obes Surg* 2002; 12:65-71
- [68] Sannen i. causes of dissatisfaction in some patients after adjustable gastric banding. *Obes Surg* 2001; 11:605-8
- [69] Shai i henkin y, weitzman set al. determinants of long-term satisfaction after vertical banded gastroplasty. *Obes Surg* 2003; 13: 269-74.
- [70] Israel .A. nutritional behavior as a predictor of early success after vertical gastroplasty. *Obes Surg* 2005; 15:88-9
- [71] Guisado ja, VAZ fj. personality profiles of the morbidly obese after vertical banded gastroplasty. *Obes Surg* 2003; 13: 394-8.
- [72] Herpertz s. does obesity surgery improve psychosocial functioning? *Obes Relat Metab Disord* 2003; 27: 1300-1314.
- [73] Buchwald h. evolution of operative procedures for the management of morbid obesity. 1950-2000. *Obes Surg* 2002; 12: 705-17.
- [74] Frigg A. reduction in co-morbidities 4 years after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg* 2004; 14; 216-23.
- [75] Maddi SR. Reduction in psychopathologic following bariatric. *Obes Surg*. 2001; 11: 680-5
- [76] Holzwarth r, HUBER d, majkrzak a et al. outcome of gastric bypass patients. *Obes Surg* 2002; 12: 261-4
- [77] Saunders R. Grazing a high risk behaviour. *Obes Surg* 2004; 14: 98-102

- [78] Bocchieri - Review of psychosocial outcomes of surgery for morbid. Obes Surg 2002; 52:155-65
- [79] Choban ps. A health status assessment of the impact of weight loss following gastric bypass for clinically severe obesity. coll surg 1999; 188: 491-7.
- [80] De Zwaan m: health-related quality of life in morbidly obese patients. Obes Surg 2002; 12:773-780.
- [81] Gentry. psychological assessment of morbidly obese patients undergoing gastric bypass: A comparison of preoperative and post operative adjustment. surgery 1984; 95:215-20.
- [82] Sjöström l'and Swedish obese Subjects Study Scientific Group. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. Engl J Med 2004;351:2683-93.
- [83] Oria HE, Moorehead MK. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). Obes Surg 1998 ; 8 : 487-99.
- [84] Nini E, Slim K, Scesa JL, Chipponi J. Evaluation de la chirurgie coelioscopique de l'obésité par le score BAROS. Ann Chir 2002 ; 127 : 107-14
- [85] Quality of Life After Bariatric Surgery. Laura M. Mazer¹ & Dan E. Azagury² & John M. Morton. Curr Obes Rep. Springer Science+Business Media New York 2017

- [86] Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, et al.; STAMPEDE Investigators. Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes—5-year outcomes. *N Engl J Med*. 2017;376(7):641-651.
- [87] Gurneet Thiara, Michela Cigliobianco, Alexei Muravsky, Riccardo A. Paoli, Rodrigo Mansur, Raed Hawa, Roger S. McIntyre, Sanjeev Sockalingam. Evidence for Neurocognitive Improvement After Bariatric Surgery: A Systematic Review. *Psychosomatics*, Volume 58, Issue 3, 2017, Pages 217-227,]
- [88] K. El Rhazi, C. Nejari, A. Berraho, N. Abda, A. Zidouh, B. Rekkali
Prévalence de l'obésité et les principaux facteurs sociodémographiques associés au Maroc. *Communications / Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 57S (2009) S3–S59.
- [89] RODDE-DUNET, M. H., MARTY, M., PAÏTA, M., et al. La chirurgie de l'obésité en France: résultats d'une enquête prospective nationale. In: *Annales de chirurgie*. Elsevier Masson, 2005. p. 309-317.
- [90] BOUZID, K., CATHELINE, J. M., KOUACOU, N., et al. Précarité chez les candidats à une chirurgie bariatrique et dans une population obèse de Seine Saint-Denis. In : *Annales d'Endocrinologie*. Elsevier Masson, 2014.Vol. 75, No.5, p. 459.
- [91] MUSIKAS, M. S., DE DEYNE, S., VASTEL, E., et al. P054 Étude d'impact de la prise en charge multidisciplinaire de l'obésité par le réseau obésité Calvados (ROC), réseau de soins ambulatoires. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 2011, vol. 46, p. S78.

- [92] MAHJOUB, F., FENNIRA, E., GAMOUDI, A., et al. P112 Stéatose hépatique non alcoolique chez les obèses: prévalence et profil nutritionnel. *Nutrition clinique et métabolisme*, 2013, no 27, p. S111.
- [93] TEMESSEK, A., IBRAHIM, H., TERTEK, H., et al. Les complications de l'obésité: à propos de 70 cas. *Diabetes & Metabolism*, 2013, vol. 39, p. A113-A114..
- [94] GHROUBI, S., ELLEUCH, H., GUERMAZI, M., et al. Obésité abdominale et gonarthrose Abdominal obesity and knee osteoarthritis. *Annales de réadaptation et de médecine physique*. 2007. p. 661-666.
- [95] BOUZNAD, N., EL MGHARI, G., et EL ANSARI, N. Impact de la chirurgie bariatrique sur la qualité de vie chez une population des obèses. *Annales d'Endocrinologie*. Elsevier Masson, 2015. p. 563.
- [96] BOUZID, K., CATHELINE, J. M., KOUACOU, N., et al. Intérêt de l'éducation diététique et l'activité physique des patients candidats à la chirurgie bariatrique. *Annales d'Endocrinologie*. Elsevier Masson, 2014 Vol. 75, No. 5, p. 459.
- [97] LAVILLE, M., ZIEGLER, O., et BASDEVANT, A. METHODOLOGIE DE LA MISE AU POINT DES RECOMMANDATIONS POUR LE DIAGNOSTIC, LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT DES OBÉSITÉS EN FRANCE. *Diabetes & metabolism*, 1998, vol. 24, p. 43-48.
- [98] MOATA, H. H., BOUZNAD, N. N., MGHARI, G. G., et al. Étude de la prévalence des comorbidités cardiométaboliques dans une population d'obèse (à propos de 44 cas). *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 2016, vol. 30, no 3, p. 268.

- [99] NINI, EMILE, SLIM, K., SCESA, J. L., et al. Évaluation de la chirurgie coelioscopique de l'obésité par le score BAROS. In : Annales de chirurgie. Elsevier Masson, 2002. p. 107-114.
- [100] Bensabar. M Année Prise en charge anesthésique pour chirurgie bariatrique, 2017 13/07/2017
- [101] Etude sur la chirurgie bariatrique en 2011 - Assurance Maladie – 21 février 2013
- [102] Buchwald H,Avidor Y,Braunwald E, et al.Bariatric Surgery.A SystematicReview and Meta-Analysis.JAMA 2004 Oct;292(14):1728
- [103] Sales-Peres S.H, Sales-Peres M, Passeri C.R , Weight Loss after Bariatric Surgery and Periodontal Changes: A 12-Month Prospective Study, Surgery for Obesity and Related Diseases, 2016.08.007
- [104] Chow A, Switzer NJ , Dang J, Shi X, de Gara C, Birch DW, Gill RS, Karmali S
- [105] A Systematic Review and Meta-Analysis of Outcomes for Type 1 Diabetes after Bariatric Surgery. J OBES 2016AMIN:6170719.
- [106] Sales-Peres S.H, Sales-Peres M, Passeri C.R , Weight Loss after Bariatric Surgery and Periodontal Changes: A 12-Month Prospective Study, Surgery for Obesity and Related Diseases, 2016.08.007
- [107] Statement NC. Gastrointestinal surgery for severe obesity. 1991;9(1):1–20.
- [108] Oria HE,MooreheadMK. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). Obes Surg. 1998;8(5):487–99

- [109] Oria HE, Moorehead MK. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). *Obes Surg.* 1998;8(5):487–99
- [110] Hachem A, Brennan L. Quality of Life Outcomes of Bariatric Surgery: A Systematic Review, *Obes Surg.* 2016 Feb;26(2):395-409
- [111] *Obes Surg.* 2015 Sep;25(9):1703-10. Quality of Life After Bariatric Surgery. Major P1, Matłok M, Pędziwiatr M, Migaczewski M, Budzyński P, Stanek M, Kisielewski M, Natkaniec M, Budzyński A
- [112] *Eur J Clin Nutr.* 2017 Apr;71(4):441-449. Quality of life and bariatric surgery: a systematic review of short- and long-term results and comparison with community norms. Raaijmakers LC, Pouwels S, Thomassen SE, Nienhuijs SW
- [113] Felix Nickel, Lukas Schmidt, Thomas Bruckner, Markus W. Büchler, Beat-Peter Müller-Stich and Lars Fischer. Influence of bariatric surgery on quality of life, body image, and general self-efficacy within 6 and 24 months -a prospective cohort study. *Surg Obes Relat Dis.* 2017 Feb ;13(2):313-319
- [114] N. Lindekilde, B. P. Gladstone, M. Lübeck, J. Nielsen, L. Clausen, W. Vach and A. Jones. The impact of bariatric surgery on quality of life: a systematic review and meta-analysis. *obesity reviews* (2015) 16, 639–651
- [115] *Psychol Health Med.* 2015 ;20(2):165-76. Mental and physical health-related quality of life in obese patients before and after bariatric surgery: a meta-analysis. Magallares A1, Schomerus G.]
- [116] *Obes Res Clin Pract.* 2016 May-Jun;10(3):225-42. The effectiveness of bariatric surgery on long term psychosocial quality of life - A systematic review. Jumbe S1, Bartlett C2, Jumbe SL3, Meyrick J

- [117] Gen Hosp Psychiatry. 2017 Jul; 47:7-13. Psychosocial predictors of quality of life and weight loss two years after bariatric surgery: Results from the Toronto Bari-PSYCH study. Sockalingam S1, Hawa R2, Wnuk S3, Santiago V4, Kowgier M5, Jackson T6, Okrainec A6, Cassin S
- [118] Eur J Clin Nutr. 2016 Jan;70(1):17-22. Deterioration of mental health in bariatric surgery after 10 years despite successful weight loss. Canetti L1,2, Bachar E1,2, Bonne O
- [119] Guisado ja, VAZ fj. personality profiles of the morbidly obese after vertical banded gastroplasty. Obes Surg 2003; 13: 394-8.
- [120] Marchesini g. Health related quality of life in obesity: the role of eating behaviour. diabetes nutr metab 2000; 13: 156-64
- [121] Buchwald h. evolution of operative procedures for the management of morbid obesity. 1950-2000. Obes Surg 2002; 12: 705-1
- [122] Berman wh. The effect psychiatric disorders on weight loss in obesity clinic patients. behav med 1993; 18:167-172
- [123] De Zwaan m : health-related quality of life in morbidly obese patients. Obes Surg 2002 ; 12 :773-780
- [124] Patient-reported quality of life after bariatric surgery: a single institution analysis. Andrew J. Vogel, BS, a Neil Shah, BA, a Anne O. Lidor, Jacob A. Greenberg, MD, EdM, a Ying Shan, MS, a Xing Wang and Luke M. Funk, MD, MPH. Journal of surgical research. 2017 (218) 117 e123
- [125] Évelyne F. Vallières et Robert J. Vallerand. « Rosenberg's Self-Esteem Scale »: Rosenberg Morris (1965), Society and the Adolescent Self-Image. International Journal of Psychology, 1990

- [126] Rand CSW, MacGregor AMC. Adolescents having obesity surgery: a 6-year follow-up. *South Med J* 1994;87(12):1208–13.]
- [127] JBI Database System Rev Implement Rep. 2016 Nov;14(11):240-270. Quality of life among adults following bariatric and body contouring surgery: a systematic review. Gilmartin J1, Bath-Hextall F, Maclean J, Stanton W, Soldin M.]
- [128] *Obes Surg.* 2018 Jun 17. Change in Children's Self-Concept, Body-Esteem, and Eating Attitudes Before and 4 Years After Maternal RYGB. Sellberg F1,2, Ghaderi A3, Willmer M4, Tynelius P5,6, Berglind D
- [129] Crisp AH, Kalucy RS, Pilkington TR, Gazet JC. Some psychosocial consequences of ileojejunal bypass surgery. *Am J Clin Nutr.* 1977;30(1):109–20
- [130] Rojas C1, Brante M, Miranda E, Pérez-Luco R. *Rev Med Chil.* Anxiety, depression and self-concept among morbid obese patients before and after bariatric surgery. 2011 May;139(5):571-8.
- [131] Burgmer R1, Legenbauer T, Müller A, de Zwaan M, Fischer C, Herpertz S. Psychological outcome 4 years after restrictive bariatric surgery. *Obes Surg.* 2014 Oct;24(10):1670-8
- [132] Aldaqal SM1, Sehlo MG Self-esteem and quality of life in adolescents with extreme obesity in Saudi Arabia: the effect of weight loss after laparoscopic sleeve gastrectomy *Gen Hosp Psychiatry.* 2013 May-Jun;35(3):259-64.

- [133] Atefeh Ghanbari Jolfaei,¹ Tahereh Lotfi,¹ Abdolreza Pazouki,¹ Azadeh Mazaheri Meybod,² Comparison Between Marital Satisfaction and Self-Esteem Before and After Bariatric Surgery in Patients With Obesity.,* Fahimeh Soheilipour,¹ and Fatemeh Jesmi. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2016 September; 10(3):e2445.].
- [134] L. E. Bocchieri, M. Meana, and B. L. Fisher, "A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity," Journal of Psychosomatic Research, vol. 52, no. 3, pp. 155–165, 2002.
- [135] J. F. Kinzl, C. Traweger, E. Trefalt, and W. Biebl, "Psychosocial consequences of weight loss following gastric banding for morbid obesity," Obesity Surgery, vol. 13, no. 1, pp. 105–110, 2003
- [136] Surg Obes Relat Dis. 2016 Jan;12(1):188-93. Psychological predictors of body image concerns 3 months after bariatric surgery. Pona AA, Heinberg LJ, Lavery M, Ben-Porath YS, Rish JM
- [137] Patel NB, Gunther S, Li CS, Liu Y, Lee CY, Kludt NA, Patel KB, Ali MR, Wong MS Body Image & Quality of Life: Changes With Gastric Bypass and Body Contouring. Song P, Ann Plast Surg. 2016 May;76 Suppl 3: S216-21
- [138] Miryam Yusuf, Kristy Dalrymple, Michael H. Bernstein, Emily Walsh, Lia Rosenstein, Iwona Chelminski and Mark Zimmerman, Body Mass Index, Depression, and Suicidality: The Role of Self-Esteem in Bariatric Surgery Candidates J Affect Disord. 2017 Jan 15 ;208 :238-247.
- [139] Kubik JF, Gill RS, Laffin M, Karmali.. The impact of bariatric surgery on psychological health. S 2013J Obes; 2013:837989

- [140] Sogg S, Lauretti J, West-Smith L Recommendations for the presurgical psychosocial evaluation of bariatric surgery patients. Surg Obes Relat Dis. 2016 May;12(4):731-749
- [141] Osman OT,2, Emam E, Zoubeidi T, Al-Mugaddam F, Souid AK Psychological Assessment of Emirati Patients Pursuing Bariatric Surgery for Obesity. Prim Care Companion CNS Disord. 2017 May 11;19(3).
- [142] Patients with psychiatric comorbidity can safely undergo bariatric surgery with equivalent success. Hans F. Fuchs^{1,2} Surg Endosc. 2016 Jan ;30(1):251-8.].
- [143] Brunault P, et al. L'évaluation psychiatrique, psychologique et addictologique avant chirurgie bariatrique : que faut-il évaluer en pratique, pourquoi et comment ? Presse Med. 2016 Jan ;45(1) :29-39.

Serment d' Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله .

والله على ما أقول شهيد .



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



أطروحة رقم: 412

سنة : 2018

تقييم أثر جراحة البدانة على جودة الحياة وتقدير الذات: بحث حول عشرين مريضا

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : 2018 /12/28

من طرف

السيدة أمينة بشرة

المزودة في 09 أكتوبر 1992 بالدار البيضاء

من المدرسة الملكية لمصلحة الصحة العسكرية – الرباط

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية : جراحة البدانة؛ البدانة؛ نوعية الحياة؛ تقدير الذات

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس
مشرف
ضيف شرف
عضو
عضو
عضو
عضو
عضو مشارك

السيد عبد الواحد بايت
أستاذ في الإنعاش والتخدير
السيد عبد المنعم آيت علي
أستاذ في جراحة الأحشاء
السيد محمد زكرياء بشرة
أستاذ في الطب النفسي
السيد أحمد بونعيم
أستاذ في جراحة الأحشاء
السيد فريد صباح
أستاذ في جراحة الأحشاء
السيد محمد قادري
أستاذ في الطب النفسي
السيد مصطفى بنصغير
أستاذ في الإنعاش والتخدير
السيد ياسين عثمان
أستاذ مساعد في الطب النفسي