

# Du poids des mots aux maux du poids

## Mieux comprendre les troubles du comportement alimentaire

SNM – journée de formation continue – 11.09.2025

Un réseau de vies

Dr. Yann Corminboeuf, med.-adjoint  
Mme Nicole Krähenbühl, psychologue responsable

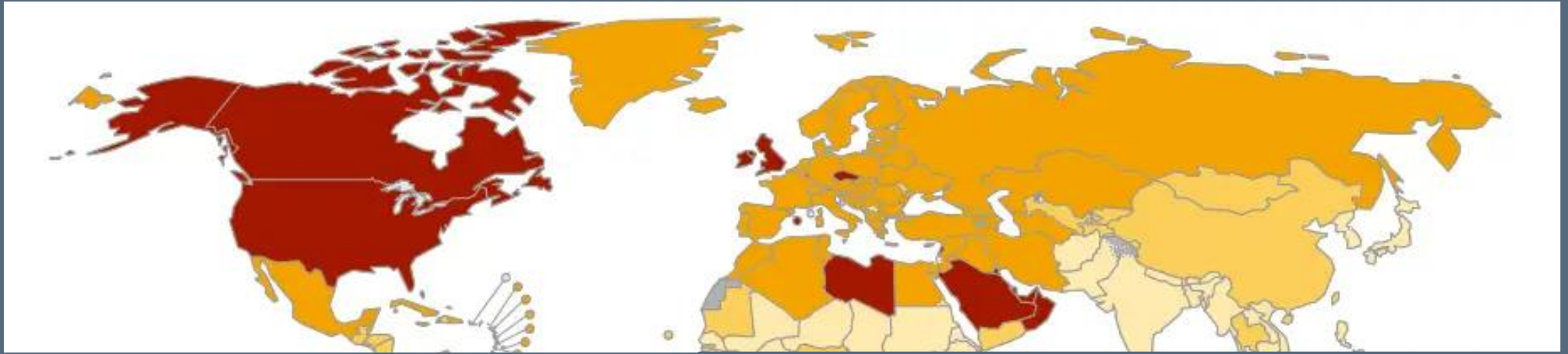
# Sommaire

- Considérations générales
- Troubles du comportement alimentaire
- Perspectives psychologiques
- Interfaces psychopathologiques
- Conclusion – Take home message



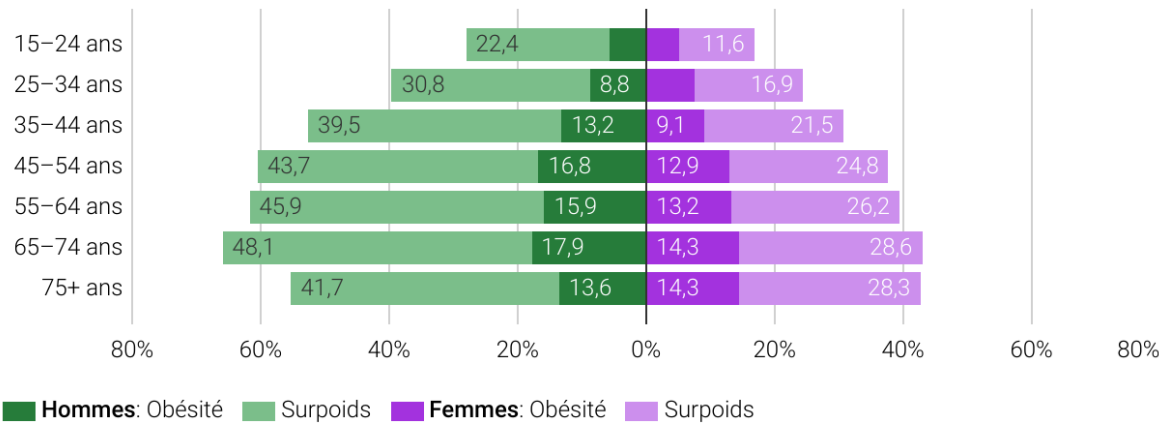
# Considérations générales

## Obésité état des lieux



### Surpoids et obésité, en 2022

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

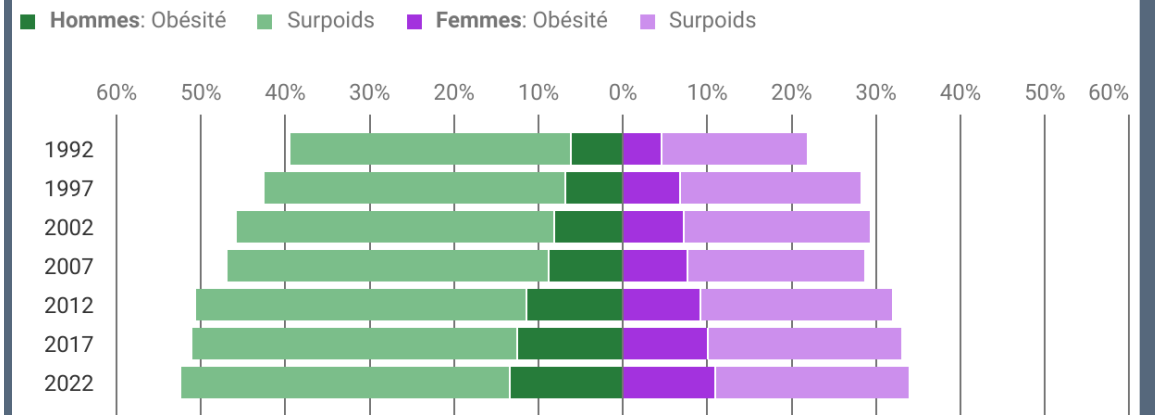


Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2023

### Surpoids et obésité

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé



État des données: 31.01.2024

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2024



## Obésité – étiologie

(Revue syst. (16) - Endalifer et Diress – 2020)

- **Facteurs socio-démographiques**
  - Condition socio-économique défavorable
  - Malnutrition
  - Environnement obèsogène (milieu urbain et/ou industrialisé)
- **Facteurs comportementaux**
  - Alimentation hypercalorique et/ou ultra-transformée
  - Excès d'alcool
  - Alimentation monotone ou de basse qualité
  - Activité physique irrégulière
  - Surexposition aux écrans (>2h)
  - Exposition au stress (augmentation cortisol → majoration de graisse abdominale)
- **Facteurs génétiques**
  - > 250 gènes impliqués

Impact/rôle  
psychique ?

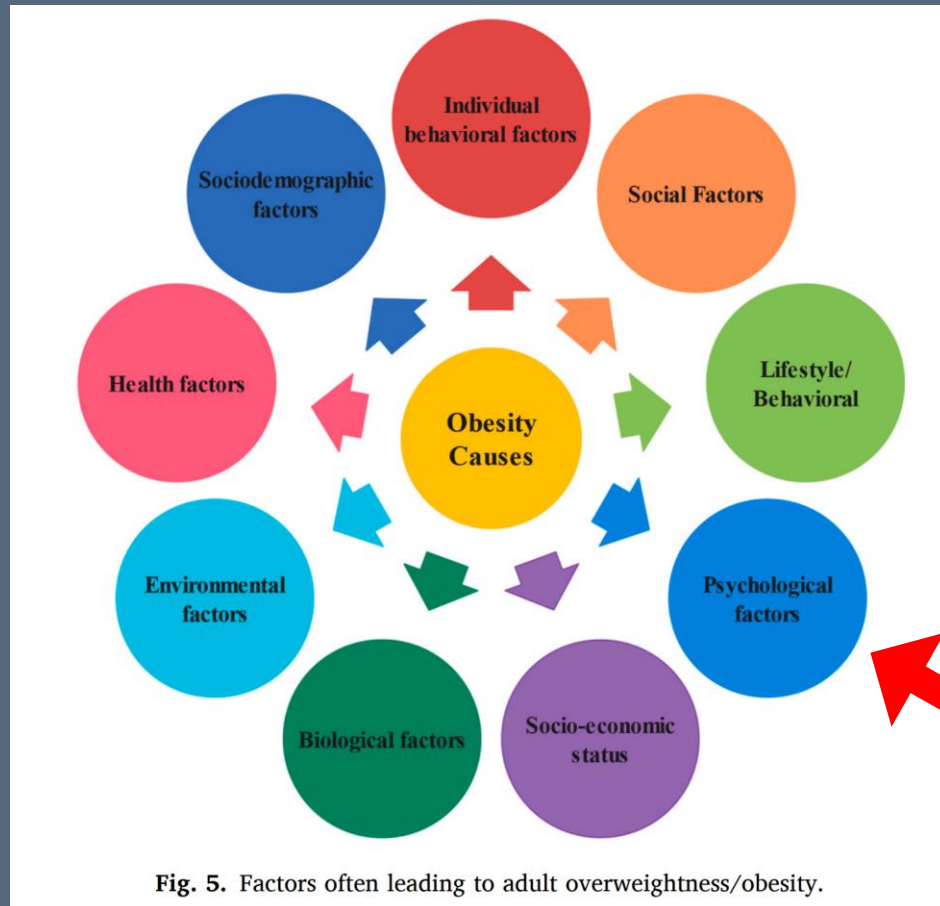


# Considérations générales

## Obésité - étiologie

(Revue syst. (93) - Safaei et al. - 2021)

Facteurs  
influençant  
L'obésité



Author (s)	Factor(s)
Shi et al. [59]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alcohol consumption</li> <li>Cigarette smoking</li> <li>Hours of sleep (per night/sleeping period)</li> <li>Free-time exercise</li> </ul>
Ang et al. [60]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Genetic influences</li> <li>Ethnic differences</li> <li>Gestational weight and/or intrauterine factors</li> <li>Diet</li> <li>Socio-economic status</li> <li>Level of physical activity</li> <li>Sleep</li> <li>Parental determinants</li> </ul>
Bressan et al. [61]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assortative mating (e.g., with similar phenotypes)</li> <li>Parental traits (e.g., age and education at subject birth and during childhood)</li> <li>Body image and/or perceptions thereof</li> <li>Sleep habits and/or conditions</li> <li>Degree of physical activity/evidence of sedentary lifestyle</li> <li>Levels of alcohol consumption</li> <li>Educational level and/or qualifications</li> </ul>
Cheng and Furnham [30]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Specific traits (e.g., extraversion, conscientiousness)</li> <li>Past or present psychological distress</li> <li>Lacking or insufficient physical activity and exercise</li> </ul>
Michels et al. [30]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chronic stress</li> <li>Diet</li> <li>Sleep</li> <li>Physical activity</li> </ul>

Impact  
psychique

Author (s)	Factor(s)
Tulp et al. [53]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Smoking</li> <li>Alcohol consumption</li> <li>Soft drink consumption</li> <li>Low physical activity</li> </ul>
Gomez-Llorente et al. [32]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Over nutrition</li> <li>Genetic factors</li> <li>Smoking habit</li> <li>Alcohol consumption</li> </ul>
Hu et al. [8]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Genetics of obesity</li> <li>Brain-gut axis, including gut microbiome</li> <li>Prenatal determinants</li> <li>Experience of pregnancy or current pregnancy</li> <li>Menopause</li> <li>Neuroendocrine conditions</li> <li>Use of medications</li> <li>Presence of physical disability and/or disabilities</li> <li>Presence of viruses</li> </ul>
Kadounh & Acosta [5]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Environmental factors</li> <li>"Obesogenic environment"</li> <li>Surrounding society and culture(s)</li> <li>Chemicals present in current and/or childhood environment</li> <li>Behavioral factors</li> <li>Frequent caloric intake and/or continuous eating patterns</li> <li>Sedentary lifestyle and/or physical inactivity</li> <li>Insufficient or deficient sleep</li> <li>Past or present smoking habits</li> <li>Physical activity</li> <li>Nutritional habits</li> <li>Consumption of unhealthy beverages, either soft drinks or alcohol</li> <li>Consumption of alcohol (e.g., wine, beer, and/or other options with high alcohol content)</li> <li>Sleep pattern</li> <li>Difficulties following healthy diet</li> <li>History of parental obesity</li> <li>Individual childhood obesity</li> <li>Menopause</li> <li>Energy intake</li> <li>Over-large serving sizes for particular foods, including grains (bread &amp; cereal), meat, and fats</li> <li>Physical activity</li> <li>Sleep duration</li> <li>Social isolation</li> <li>Current cigarette smoker</li> <li>Physically inactive</li> <li>Consumption of fast food on regular basis</li> <li>Excess consumption ("abuse") of alcohol</li> <li>Use of illicit drugs</li> </ul>
Lucube et al. [54]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Smoking</li> <li>Drinking</li> <li>Diet</li> <li>Sleep (measured as hours per night)</li> <li>Smoking</li> <li>Use of alcohol</li> <li>Exercise frequency</li> </ul>
Nikookar et al. [55]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Individual Factors</li> <li>Genetic factors (e.g., sex, ethnicity)</li> <li>Socio-economic factors (e.g., income and education)</li> <li>Depression</li> <li>Social Factors</li> <li>Family influences (e.g., marriage)</li> <li>Peer influences</li> <li>Lifestyle/Behavioral</li> <li>Food consumption (e.g., energy intake)</li> <li>Physical activity</li> <li>Environmental Factors</li> <li>Community characteristics (e.g., rural urban, access to unhealthy food options, crime)</li> <li>Economic (e.g., cost, price, trade)</li> <li>State policies</li> <li>Marketing</li> </ul>
Yang et al. [56]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Smoking</li> <li>Drinking</li> <li>Diet</li> <li>Sleep (measured as hours per night)</li> <li>Smoking</li> <li>Use of alcohol</li> <li>Exercise frequency</li> </ul>
Wang et al. [57]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Smoking</li> <li>Drinking</li> <li>Diet</li> <li>Sleep (measured as hours per night)</li> <li>Smoking</li> <li>Use of alcohol</li> <li>Exercise frequency</li> </ul>
Cois and Day [58]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Smoking</li> <li>Use of alcohol</li> <li>Exercise frequency</li> </ul>
Sartorius et al. [36]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Individual Factors</li> <li>Genetic factors (e.g., sex, ethnicity)</li> <li>Socio-economic factors (e.g., income and education)</li> <li>Depression</li> <li>Social Factors</li> <li>Family influences (e.g., marriage)</li> <li>Peer influences</li> <li>Lifestyle/Behavioral</li> <li>Food consumption (e.g., energy intake)</li> <li>Physical activity</li> <li>Environmental Factors</li> <li>Community characteristics (e.g., rural urban, access to unhealthy food options, crime)</li> <li>Economic (e.g., cost, price, trade)</li> <li>State policies</li> <li>Marketing</li> </ul>

Author (s)	Factor(s)
Cheng [38]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maternal smoking</li> <li>Neurological functioning</li> <li>Physical exercise</li> <li>Personality and/or intelligence</li> </ul>
Choukem et al. [31]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Physical inactivity</li> <li>Lacking and/or imbalanced diet</li> <li>Socio-economic status (past or present)</li> <li>Diabetes and/or glucose intolerance</li> <li>Gender</li> <li>High maternal BMI</li> <li>Maternal level of education</li> <li>High birth weight</li> <li>Metabolic syndrome</li> <li>Hypertension</li> <li>Dyslipidemia</li> <li>Education level</li> <li>Eating meals at regular times</li> <li>Length of sleep time</li> <li>Frequency of physical exercise</li> <li>Intensity of stress and/or depression</li> <li>Annual household income</li> <li>Subjective satisfaction with daily life</li> <li>Subjective satisfaction with personal health</li> </ul>
Ishida et al. [29]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lifestyle factors</li> <li>Consumption of fruits and vegetables</li> <li>Excess drinking or alcohol consumption, past or present</li> <li>Lacking or insufficient physical activity</li> <li>Health factors</li> <li>Psychological distress</li> <li>Socio-demographic factors</li> <li>Age</li> <li>Sex</li> <li>Marital status</li> <li>Education</li> <li>Labor force status</li> <li>Ethnicity</li> <li>Remoteness</li> <li>Physical functioning</li> </ul>
Keramat et al. [49]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Socio-economic status</li> <li>Poverty</li> <li>Unemployment</li> <li>Behavioral factors</li> <li>Sugary drinks consumption</li> <li>Fruits and vegetable consumption</li> <li>Built environment</li> <li>Prevalence of physical activity</li> <li>Supermarket accessibility</li> <li>Personal lifestyle drivers</li> <li>Unhealthy diet</li> <li>Lack of physical activity</li> <li>Family reasons</li> <li>Perceived stress of work</li> <li>Irregular life</li> <li>Societal drivers</li> <li>Prevalence of fast food</li> <li>Transport and/or new technology</li> <li>Lack of facilities</li> <li>Misleading ads related to health and/or consumption</li> </ul>
Pinto Pereira et al. [50]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sociodemographic characteristics</li> <li>Demographics of age</li> <li>Demographics of ethnicity</li> <li>Individual and collective education levels</li> <li>Relative living status</li> <li>Annual household income, as calculated per capita</li> <li>Individual behavioral factors</li> <li>Current habits and/or history of smoking</li> <li>Current habits and/or history of excessive drinking</li> <li>Current habits and/or history of regular, excessive red meat intake</li> </ul>
Sun et al. [37]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Smoking status</li> <li>Ethnicity</li> <li>Physical activity</li> </ul>
Sun et al. [51]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Smoking status</li> <li>Ethnicity</li> <li>Physical activity</li> </ul>
Al-Raddadi et al. [52]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Smoking status</li> <li>Ethnicity</li> <li>Physical activity</li> </ul>



# Considérations générales

## Impact de l'éventail des interventions sur le surpoids et l'obésité

(Revue systématique (134) – 2017 – Peckmezian et Hay)

### 1<sup>er</sup> ligne

- **Intervention sur le style de vie**
  - Approche diététique
  - Activité physique
  - **Approche psychologique** → Trouble du comportement alimentaire (TCA) et psychopathologies

### 2<sup>ème</sup> ligne

- **Pharmacothérapie et/ou chirurgie**
- Au cas par cas – pas systématique – nécessite une investigation spécialisée
  - Efficace à long terme mais pas dénués d'effets 2°

### Mise en garde :

- Les régimes non-adaptés → > 8-15 x plus de risque de TCA
- Prise en charge **psychologique** (TCA et souffrance psychique) indissociable à **perte de poids durable**
- Modèle de maladie **chronique** → suivi au **long court**
- **Prise en charge des comorbidités physiques et psychiques**  
→ maximisation de la santé physique et qualité de vie



# Considérations générales

## Vision très/trop réductrice

- **trop IN** (alimentation) et **pas assez OUT** (activité physique / métabolisme)
- « Y a qu'à moins manger » ... ben oui... évidemment

## RAPPELS sur l'Alimentation :

- Archaisme primaire – oralité ontologique
- Socialement induit – rythmes et habitudes
- Trouble du Comportement Alimentaire (TCA)
  - Générateur direct de plaisir **mais** indirect de souffrance
    - Atteinte sociale par le corps gros
    - Emergence des comorbidités somatiques
- **PAS DE SEVRAGE possible...**



## Définition de l'obésité en psychiatrie ?

### Pas d'items psychiatriques spécifiques

#### **CIM 10 :**

- Classification dans maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
- Hyperphagie psychogène → exclusion de l'obésité !

#### **DSM IV :**

- Anorexie et boulimie
- Trouble du comportement alimentaire non-spécifique pour le reste

#### **DSM 5 (2013) :**

Emergence de l'hyperphagie boulimique dans les troubles du comportement alimentaire (Binge Eating Disorder - BED)

Différenciation de l'anorexie mentale et de la boulimie

#### **CIM 11 (en phase de finalisation) :**

6B82 Frénésie alimentaire



## Définition de l'obésité en psychiatrie ?

**CIM 11** (en phase de finalisation) :

**6B82** Frénésie alimentaire

Le trouble de frénésie alimentaire se caractérise par des épisodes fréquents récurrents de frénésie alimentaire (p. ex. une fois par semaine ou plus sur une période de plusieurs mois). Un épisode de frénésie alimentaire est une période distincte pendant laquelle l'individu ressent une perte subjective de contrôle sur la nourriture, mangeant notablement plus ou différemment de d'habitude, et se sent incapable d'arrêter de manger ou de limiter le type ou la quantité de nourriture consommée. La frénésie alimentaire est ressentie comme très perturbante, et s'accompagne souvent d'émotions négatives telles que la culpabilité ou le dégoût. Toutefois, contrairement à la boulimie nerveuse, les épisodes de frénésie alimentaire ne sont pas régulièrement suivis par des comportements compensatoires inappropriés visant à prévenir la prise de poids (p. ex. vomissements provoqués, abus de laxatifs ou de lavements, activité physique intense). Il y a une détresse marquée concernant le schéma de frénésie alimentaire ou une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres aspects de fonctionnement importants.



## Définition de l'obésité en psychiatrie ?

CIM 11 (en phase de finalisation) :

6B82 Frénésie alimentaire

Le trouble de frénésie alimentaire se caractérise par **des épisodes fréquents récurrents de frénésie alimentaire** (p. ex. une fois par semaine ou plus sur une période de plusieurs mois). Un épisode de frénésie alimentaire est une période distincte pendant laquelle l'individu ressent une **perte subjective de contrôle sur la nourriture**, mangeant notablement plus ou différemment de d'habitude, et se sent incapable d'arrêter de manger ou de limiter le type ou la quantité de nourriture consommée. La frénésie alimentaire est ressentie comme **très perturbante**, et s'accompagne souvent **d'émotions négatives telles que la culpabilité ou le dégoût**. Toutefois, contrairement à la boulimie nerveuse, les épisodes de frénésie alimentaire ne sont **pas régulièrement suivis par des comportements compensatoires inappropriés visant à prévenir la prise de poids** (p. ex. vomissements provoqués, abus de laxatifs ou de lavements, activité physique intense). Il y a une **détresse marquée** concernant le schéma de frénésie alimentaire ou une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres aspects de fonctionnement importants.



# Perspectives psychologiques

La recherche sur les causes de l'obésité s'est développée aux USA, 2<sup>ème</sup> moitié du XX siècle  
→ **obésité: état pathologique, conséquence d'une hyperphagie d'origine psychologique**

## **Bruch, 1970**

→ **obésité de développement:** résulte d'une incapacité à différencier les besoins physiologiques des états émotionnels  
→ **obésité réactionnelle:** résulte d'une hyperphagie consécutive à un traumatisme

## **Années 1970-1980**

→ primauté du modèle cognitivo-comportemental: recours à la prise alimentaire en réponse à des émotions ou des affects négatifs

## **Stunkard et Wadden, années 1980**

→ inversion de la relation de causalité entre obésité et détresse psychologique: les symptômes psychologiques ne sont pas la cause mais la conséquence de l'obésité et surtout des régimes restrictifs

## **Hemann et Polivy**

→ syndrome de restriction cognitive



# Perspectives psychologiques

## Entre corps et psyché: mécanismes en jeu dans la constitution d'une obésité

**G. Apfeldorfer** : état crépusculaire en dehors d'une activité psychique consciente

**B. Waysfelf, M. le Barzic, B. Guy-Grand** : obésité psychosomatique

**D'autres chercheurs** : caractéristiques alexithymiques

**A.J. Stunkard** : pas de profil de personnalité spécifique, toutes les structures de personnalité sont représentées

**N.B. → singularité de chaque sujet au fonctionnement psychosomatique propre**



# Perspectives psychologiques

**L'obésité** → affectation de l'ensemble de l'entité charnelle d'un individu. Ce n'est pas seulement le poids qui dérange, c'est l'ensemble du corps qui est atteint (santé; qualité de vie; estime de soi; relations sociales)

La personne en état d'obésité souffre dans son corps physique mais aussi dans la représentation qu'elle a d'elle-même

**Dolto**

→ différencie le **schéma corporel** de l'**image corporelle**

**Schilder**

→ la construction de l'image corporelle participe d'un processus dynamique. Elle a besoin de l'autre pour exister

## Schéma corporel

réalité de faits  
basée sur les perceptions

## Image corporelle

résultat d'une activité psychique face à des déterminants biologiques ou sociaux  
elle est évolutive  
= image mentale de notre propre corps

**L'adolescence** → période critique, risque important de développer un TCA

**Facteurs sociaux** → renforce la détresse psychologique

**Trouble de l'image corporelle** → élément souvent central dans les TCA



## Recherches centrées sur les relations entre insatisfaction corporelle et bien-être psychologique

### Rosenberg, 1965:

« L'estime de soi désigne l'attitude, plus ou moins favorable, de chaque individu envers lui-même, le respect qu'il se porte, le sentiment qu'il a de sa propre valeur en tant que personne »

### Davison, McCabe:

L'estime de soi des femmes est significativement moindre que celle des hommes

### Funrham, Badmin:

Relation entre insatisfaction corporelle, apparence perçue et estime de soi

**Un niveau élevé de satisfaction corporelle est associé à un haut niveau d'estime de soi chez les hommes et les femmes**



## Recherches centrées sur les relations entre insatisfaction corporelle et bien-être psychologique

**L'adolescence: période critique pour le développement de l'image corporelle**

Les pensées liées au corps risquent d'augmenter significativement chez les adolescents

**L'insatisfaction de l'image corporelle:**

risque important de développer des problèmes psychologiques comme l'anxiété et la dépression

### **L'estime de soi:**

- facteur de protection de la détresse psychologique
- médiateur dans la relation entre l'insatisfaction de l'image corporelle et les symptômes d'anxiété et de dépression



## Recherches centrées sur les relations entre insatisfaction corporelle et bien-être psychologique

### Deux objectifs:

1. évaluer l'influence de l'insatisfaction à l'égard de son image corporelle sur les symptômes d'anxiété et de dépression.
2. vérifier l'effet médiateur de l'estime de soi dans la relation entre l'insatisfaction de l'image corporelle et les symptômes d'anxiété et de dépression.

### Les résultats:

- les filles sont significativement plus insatisfaites de leur image corporelle que les garçons.
- l'insatisfaction de l'image corporelle est corrélée négativement avec l'estime de soi, alors qu'elle est liée positivement avec les symptômes d'anxiété et de dépression.
- L'estime de soi est associée négativement aux symptômes d'anxiété et de dépression. L'analyse de l'effet médiateur de l'estime de soi dans la relation entre l'insatisfaction de l'image corporelle et les symptômes d'anxiété et de dépression fait ressortir un effet significatif.

L'insatisfaction à l'égard de son image corporelle est reliée aux symptômes de dépression et d'anxiété par l'entremise de son association à l'estime de soi.



## Projet bariatrique - Rappels

- **Résultats d'une succession d'échec (effet yoyo)** → mode d'existence et adaptation lentement ajustée (Vigarello)
  - **Faible estime de soi et perte d'efficacité personnelle** → honte
  - **Sentiment d'urgence dans une situation chronique**
    - Métabolisme lent → psychisme et comportements
    - Volonté authentique de changer **contrée** par une résistance obscure à le réaliser
  - Chirurgie comme moyen d'arrêter des efforts vains → **début d'efforts sur le long terme**
    - Chercher à comprendre → se diriger «là ou ça fait mal»
- **Chirurgie bariatrique ne fait pas maigrir définitivement** → «aide à maigrir»



## Relation entre obésité et dépression

(Méta-analyse (15) – 2010 – Lupino et al.)

→ Association bidirectionnelle

- 2 résultats :

- Patients obèses sont à risque de développer une dépression (55%)
- Patients dépressifs sont à risque de développer une obésité (58%)

} Femme = Homme

- Hypothèses :

- État inflammatoire
- État de résistance à l'insuline / doses élevées de cortisol
- Facteurs psycho-sociaux
  - Insatisfaction physique
  - Atteinte estime de soi
  - Sensation d'échec chronique



## Facteurs mentaux et comportementaux influençant la perte de poids post-bariatrique

(Méta-analyse (75) – 2022 – Jacobs et al.)

- **Grande hétérogénéité des données actuelles – peu d'évidences et de solidité des données**
- **Résultats :**
  - Influence sur la reprise de poids :
    - Trouble du comportement alimentaire post-op
    - Manque de compliance post-op
  - Sans influence sur le poids
    - Symptômes dépressifs
  - Bénéfique sur la perte de poids :
    - exercice physique
- **Pas de méta-analyse possible concernant**
  - Anxiété
  - Image corporelle
  - Qualité de vie
  - Compliance pré opératoire

} Données insuffisantes et/ou trop contradictoires



## Risque de tentatives de suicide à la suite de chirurgie bariatrique

Méta-analyse (32) – 2018 – Castadena et al.

- **Tentatives de suicides**
  - Risque 2x supérieur à la population générale
  - Risque plus grand avec le by-pass que la sleeve (malabsorption – sur-absorption)
- **Hypothèses :**
  - Causes bio-psycho-sociales
  - Psychopathologies pré-opératoires (dépression, anxiété, ...)
  - Discordances entre projections et réalité de la perte de poids
  - Troubles de l'adaptation (physique et psychique)
  - Problèmes économiques

Revue systématique (28) – 2013 – Peterhänsel et al.

- **Risque de suicide effectif 4x supérieur à la population générale**
- **La plupart des cas dans les 3 ans post-opératoire**
- **Hypothèses :**
  - Dépressions post-op fréquentes
  - Altération brutale du comportement alimentaire et de l'image corporelle



# CONCLUSIONS

# &

# PROPOSITIONS



## Problématique de l'obésité :

- La faute de personne mais la responsabilité de tous
- Évolution des évidences scientifiques → Relativisation des généralisations

## Prise en charge de l'obésité :

- Ethiquement **juste** d'avancer vers la prise en charge conservatrice et/ou chirurgicale
- Ethiquement **mal** d'y avancer sans prise de conscience des enjeux existentiels/psychiques
- **Objectifs :**
  - Renforcer les capacités du patient → estime de soi comme facteur protecteur
  - Prioriser le développement d'une bonne estime de soi dans une perspective de prévention de la détresse psychologique
  - Préciser les buts → cohérence

→ **Re-conscientiser & Re-sentir**



## Attitude envers les patients

- Approche au cas par cas entre  
→ l'idéalement souhaitable vs le réellement possible.
  
- Bien distinguer la différence entre  
→ **consentir** (passif / informé) et **conscientiser** (assimiler → transformer)
  
- Préparation :
  - Passage d'une motivation spontanée → **implication réfléchie**



## Face au danger de suicide à la suite de chirurgie bariatrique

Méta-analyse (32) – 2018 – Castadena et al.

Revue systématique (28) – 2013 – Peterhänsel et al.

### Propositions :

- Investigations somatiques et psychiques pré-op pour chaque patient
- Importance du follow-up post-op sur la durée (> 2 ans)
- Ressources en soins suffisantes pour prendre en charge les troubles physiques et psychiques
- Problématique de l'alcool/toxiques → co-facteur probable précipitant → à investiguer



Joyce McDougall: « **Le corps parle un langage inconnu** »

Le traitement psychothérapeutique s'apparente à un voyage qu'on entreprend avec des êtres humains en souffrance pour peu qu'on consente à entendre, comme l'a noté Michelet, **les mots «qui ne furent jamais dits»**



**MERCI**



# REFERENCES

- <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/determinants/exces-poids.html>
- Safaei M, Sundararajan EA, Driss M, Boulila W, Shapi'i A. A systematic literature review on obesity: Understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. *Computers in Biology and Medicine*. sept 2021;136:104754.
- Peckmezian T, Hay P. A systematic review and narrative synthesis of interventions for uncomplicated obesity: weight loss, well-being and impact on eating disorders. *J Eat Disord*. déc 2017;5(1):15.
- Endalifer ML, Diress G. Epidemiology, Predisposing Factors, Biomarkers, and Prevention Mechanism of Obesity: A Systematic Review. *Journal of Obesity*. 31 mai 2020;2020:1-8.
- Jacobs A, Montpellier VM, Torensma B, Antoniou EE, Janssen IMC, Tollenaar RAEM, et al. Influence of mental and behavioral factors on weight loss after bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*. juin 2024;25(6):e13729.
- Classification internationale des maladies, onzième révision (CIM-11), Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2019/2021
- Lopez JF. *L'obésité chirurgicale: propositions pour une prise en charge intégrée*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2022. (Elsevier pratique).
- Dalissier M, Barbaras R. *La métaphysique chez Merleau-Ponty*. Louvain-la-Neuve Louvain Paris Bristol, CT: Éditions de l'Institut supérieur de philosophie Peeters; 2017. (Bibliothèque philosophique de Louvain).
- Luppino FS, De Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BWJH, et al. Overweight, Obesity, and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *Arch Gen Psychiatry*. 1 mars 2010;67(3):220.
- Castaneda D, Popov VB, Wander P, Thompson CC. Risk of Suicide and Self-harm Is Increased After Bariatric Surgery—a Systematic Review and Meta-analysis. *OBES SURG*. janv 2019;29(1):322-33.
- Duchesne Annie-Pier. (2014). *Le rôle de l'estime de soi dans le lien entre l'insatisfaction de l'image corporelle, l'anxiété et la dépression chez les adolescents*. Thèse de doctorat, Université du Québec à Chicoutimi

