

REFERENTIEL :

**PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET
PSYCHOTHERAPEUTIQUE DES PATIENTS OBESES
AUTOUR DE LA CHIRURGIE DE L'OBESEITE**

PREAMBULE

Le Centre Intégré de l'Obésité Midi-Pyrénées a constitué un groupe de travail pour proposer un référentiel portant sur la prise en charge psychologique et psychothérapeutique des patients obèses

Le Centre Spécialisé Obésité Midi-Pyrénées regroupe plusieurs établissements de soins de la région (CHU Toulouse, hôpitaux périphériques, Clinique des Cèdres, Clinique Castelviel, Clinique du Château de Vernhes à Bondigoux, Clinique du Château de Cahuzac)

Ce référentiel constitue l'aboutissement des réflexions menées par le groupe de travail.

L'objectif de ce référentiel est de décrire simplement ce qui est attendu pour évaluer la personne obèse candidate à la chirurgie de l'obésité, et pour organiser son suivi. Ce référentiel servira de base à une charte des professionnels, qui souhaitent adhérer à ces modalités de prise en charge, pour la région.

Il vient en complément du référentiel « obésité et troubles du comportement alimentaire » et du référentiel « prise en charge psychologique et psychothérapeutique des patients obèses »

Cet outil est mis librement à la disposition des médecins, psychiatres, psychologues et équipes prenant en charge les patients présentant une obésité.

La constitution de ce référentiel a été réalisée sous la direction du Pr Patrick Ritz, professeur de nutrition, au CHU, assisté par le Dr Ana Estrade, coordinateur médical du Centre Intégré de l'Obésité Midi-Pyrénées pour la synthèse.

Ont été invités à participer à ce groupe de travail multi-professionnel des psychiatres, des endocrinologues, des psychologues, rassemblant les différentes sensibilités de la région :

Mme Sandrine Pinaquy, Mr Marc Jany, Mr Bernadet Régis, Mme Brigitte Quintilla, Mme Anne Roumegoux, Mme Heidi Barret, Mme Carole Calmers, Mme Emilie Bourgoïn, Mme Aurélie Croiset, Mme Daisy Planas, Mr David Bichet, Mr Frédéric Guerri, Mr Aurélien Nosal, Mme Audrey Record Teyssié, Dr Françoise Galinon, Dr Dany Frish-Benarous, Pr Ritz, Dr Emilie Montastier, Dr Monelle Bertrand, Dr Ana Estrade.

Ce groupe s'est réuni :

- le 4 Janvier 2016 : présentation générale, définition du cadre,
- Le 15 Février 2016 : travail sur les différentes techniques de psychothérapie, modalités de diffusion

- Le 7 Juin 2016 : échanges sur les différentes techniques de psychothérapie, travail sur la préparation à la chirurgie de l'obésité
- Le 5 octobre 2016 : travail autour des contre-indications psychologiques à la chirurgie bariatrique et définition du parcours de soins psychologique et psychiatrique autour de la chirurgie bariatrique.

Rapporteurs : Dr A.Estrade- Pr Ritz

CONTRE INDICATIONS DE LA CHIRURGIE DE L'OBESITÉ

1/ Rappels des recommandations de la HAS 2009

Dans son référentiel de 2009¹, la HAS précise les contre-indications de la chirurgie de l'obésité :

Les contre-indications de la chirurgie bariatrique sont représentées par (accord professionnel) :

- les troubles cognitifs ou mentaux sévères ;
- les troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire ;
- l'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé ;
- la dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives licites et illicites ;
- l'absence de prise en charge médicale préalable identifiée ;
- les maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme ;
- les contre-indications à l'anesthésie générale.

Certaines de ces contre-indications peuvent être temporaires. L'indication de la chirurgie doit pouvoir être réévaluée après la prise en charge et la correction de ces contre-indications (accord professionnel).

Beaucoup de ces contre-indications supposent une évaluation par un psychiatre ou un psychologue. Dans le même document, la HAS précise ce qui est attendu de l'évaluation psychologique, pour que la RCP donne un avis favorable (voir annexe 1).

Le service médical de la caisse primaire d'assurance maladie ne donnera son accord à l'entente préalable que si figurent sur le certificat du psychiatre ou du psychologue les éléments correspondant à l'évaluation du patient (voir annexe 2).

Pendant la période d'évaluation et de formation des patients à la chirurgie bariatrique, une prise en charge psychothérapeutique peut être mise en place si nécessaire. Cette prise en charge ne remet pas nécessairement en cause le projet de chirurgie. Elle peut être initiée avant le geste et poursuivie après pour ne pas risquer de « perdre » un patient qui préférera une évaluation plus simple, et qui de ce fait ne bénéficiera pas des compétences psychiatriques ou psychologiques et de la préparation ou du suivi correspondant.

¹ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_765529/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte

2/ Comment évaluer les contre-indications psychiatriques à la chirurgie de l'obésité ?

- **Troubles mentaux sévères.**

La définition du trouble mental est selon *le* DSM-5 (1) un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne qui reflètent un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental.

Les troubles mentaux sont généralement associés à une importante détresse ou un handicap dans les activités sociales, professionnelles, ou d'autres importantes.

Une réponse prévisible ou culturellement approuvée à un stress ou une perte, comme le décès d'un être cher, n'est pas un trouble mental. Le comportement déviant socialement (par exemple, politique, religieux ou sexuel) et les conflits qui sont principalement entre l'individu et la société ne sont pas des troubles mentaux à moins que la déviance ou les conflits aient pour conséquence un dysfonctionnement chez la personne tel que décrit ci-dessus.

Que veut dire le mot sévère ?

Deux situations sont sévères dans le contexte de la chirurgie de l'obésité :

- 1, les décompensations aiguës (agitation, délire, mélancolie, idées suicidaires)
- 2, les décompensations chroniques avec deux éléments : l'ambivalence pour se soigner, et le déni du trouble (refus de soins)

- **Les troubles sévères ou non stabilisés du comportement alimentaire** sont discutés dans le référentiel « obésité et troubles du comportement alimentaire ».

Que faire en cas d'antécédent ?

En cas de structure ou syndrome paranoïaque, ou autre trouble psychique majeur, il faut prendre en compte les 3 aspects de la paranoïa et interpréter le risque pour les soignants et pour la personne (actif/sensitif/délirant chronique)

Dans ces circonstances, l'alliance thérapeutique avec le psychiatre ou le psychologue pourrait permettre peut-être de dire : « vous risquez d'être en difficulté, je connais, je peux vous aider »

En cas d'antécédent d'épisode délirant, il faut comprendre dans l'histoire du sujet, à quoi est relié cet épisode délirant, en analyser le sens et la gravité...Il faudra sans doute donc un temps d'évaluation plus long et pourquoi pas, dans ces cas-là, prévoir une double évaluation psychologique et psychiatrique.

- **L'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé ;**

La motivation et la capacité à mettre en œuvre des changements comportementaux nécessaires, et participer à un programme de suivi postopératoire à long terme sont indispensables puisque les conséquences de la chirurgie sur les plans somatique, psychologique et social dureront toute la vie de la personne. Les objectifs de leurs évaluations sont de questionner :

- la capacité d'élaboration (à propos de son histoire personnelle...)
 - o Par exemple : l'existence de traumatisme ou deuil empêchant la capacité d'adaptation. Ainsi, un traumatisme pour lequel les troubles des conduites alimentaires sont un étayage, peuvent faire craindre qu'il sera difficile de se passer de ces troubles alimentaires tant que le traumatisme ne sera pas cicatrisé, le deuil achevé, ou que le psychisme n'aura pas trouvé d'autres stratégies d'adaptation)
- l'existence d'une pensée opératoire fermée² ou d'un masque, ou "as if". Dans ce contexte, il est possible que les troubles des conduites alimentaires récidivent après la chirurgie. La personne, entendue dans sa demande de chirurgie, pourra faire alliance avec les thérapeutes. Il est très important dans ce contexte de s'assurer qu'il y aura un suivi.
- la capacité d'adaptation et de changement (anamnèse des épisodes de vie difficile et comment s'est faite cette adaptation). C'est aussi la capacité à accepter ce qui va arriver, qui dépend des possibilités intellectuelles et psychologiques, des enjeux de la vie, des bonnes raisons d'aimer la vie, et des défis qui sont capables d'être menés. Quand tout l'environnement, personnel, familial, soignant est motivé, c'est un bon projet.
- la structure psychique et la compréhension du rôle et de la fonction de « l'acte de manger » : est-ce une défense contre l'angoisse, la peur d'affronter ses propres émotions ? Si oui, pourquoi ? La caractérisation de la structure peut permettre d'anticiper les besoins ultérieurs du patient en matière de soins.... Une personne avec une structure névrotique, n'aura pas les mêmes besoins en matière de soins ou de

² pensée opératoire fermée : le discours ressemble à « la chirurgie peut tout corriger » « la chirurgie est la seule solution »

support social, ni les mêmes points de fragilité, qu'une personne avec une structure psychotique.

- **La dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives licites et illicites ;**

L'addiction se réfère à la définition du DSM V.

Que fait-on quand l'addiction est sevrée ? Une addiction sevrée n'est pas forcément réglée...C'est un peu comme une rémission, mais il est difficile de dire que le patient est guéri de son addiction parce qu'il a pu s'en sevrer quelques temps.

Dans le cas des addictions, l'évaluation au cas par cas est importante, car il est essentiel de bien comprendre le rôle et la fonction de l'addiction dans la psychodynamique du sujet ainsi que la capacité du psychisme à faire « sans » cette béquille. Penser au risque psychique encouru par le patient à faire sans son addiction est fondamental, notamment le risque suicidaire par exemple ; car si une addiction a bien souvent des effets négatifs sur la santé, elle aide aussi à « vivre » et à supporter « l'insoutenable » et paradoxalement à rendre moins pesante la pulsion de mort.

Le parcours de soins psychologique et/ou psychiatrique

Le groupe de travail propose

- des consultations individuelles et/ou en travaux de groupe avec
 - un minimum de trois séances pour évaluer, soit en consultations individuelles, soit en consultations individuelles intercalées d'ateliers de groupe de parole, de théâtre de collage...

- de formaliser :
 - **Un temps d'évaluation :**
 - Une évaluation pré-opératoire
 - Une évaluation post-opératoire

 - **Un temps de traitement des troubles,**
 - Pré-opératoire
 - Post-opératoire : Le suivi post-opératoire est indispensable pour dépister toutes les difficultés et proposer des solutions

 - **Un temps pour donner un accord à la chirurgie avec consultation d'annonce**
 - Si le patient a pris conscience de façon authentique de ses troubles, et non « pour faire plaisir à l'autre », « lui plaire », ou « s'y soumettre ». Est-on face à « un faire semblant », « un discours plaqué » pour obtenir juste la chirurgie.... ? ou face à un psychisme qui a commencé véritablement à se mettre en mouvement... ?
 - Au-delà de la manifestation des troubles et des symptômes du patient, le Psychologue peut penser que la chirurgie est devenue nécessaire pour faire « bouger » quelque chose dans l'étayage psychique... qu'elle peut aider le sujet à sortir d'une impasse. Le Psychologue n'analyse pas la signification de la chirurgie pour le patient, seulement à travers ses symptômes ou son discours mais aussi dans ce qu'elle peut signifier, représenter, réaménager au niveau de son inconscient. Par exemple : Comment peut-elle venir bouleverser son système défensif, réveiller sa pulsion de vie et s'il y a réveil de sa pulsion de vie est-ce que la structure psychique sera capable de supporter une telle intensité de « vie » sans décompenser quelque chose de plus grave ? que va-t-il faire de toute cette énergie?.

- Ce sont toutes ces analyses qui vont venir porter le « oui » ou le « non » du Psychologue à la chirurgie.
- Pour que ce « oui » ou ce « non » à la chirurgie, soit le plus juste possible, il faut du temps pour élaborer dans des entretiens suffisamment longs et un cadre suffisamment bon, ainsi qu'un temps de réflexion, d'analyse et d'échange avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.
- Il est utile de rappeler ici que le « oui » ou le « non » du Psychologue à la chirurgie, a toujours une grande part de subjectivité, que sa décision ne s'appuie pas que sur des données objectives, des comportements visibles « de faire ou ne pas faire », des données biologiques, mais sur le sens que cela revêt pour le sujet et sur l'effet que cela peut avoir sur sa dynamique psychique.
- C'est un peu pour cela, qu'au sein d'une équipe pluridisciplinaire, le psychologue a cette place un peu décalée de celui qui va se préoccuper essentiellement de la subjectivité du patient. Sa réponse fondée sur la subjectivité et l'inter-subjectivité peut avoir quelquefois une drôle de résonance pour le reste de l'équipe, un temps de parole est nécessaire, il est important que cela puisse être discuté, pour que la réponse finale donnée par l'équipe pluridisciplinaire soit une réponse intégrant toutes les dimensions psychiques et somatiques, subjectives et objectives.

Le parcours préopératoire se termine par une **consultation d'annonce et éventuellement par la rédaction du certificat** (cf annexe 2,). Cette consultation annonce :

- La présence ou l'absence de contre-indication à la chirurgie de l'obésité,
- L'alliance souhaitable pour le suivi,
- Attire l'attention sur des difficultés prévisibles. Le soignant n'émet pas de réserve mais propose un parcours de soins psychologiques ou psychiatriques adapté et négocié avec la personne
- Informer du risque psychologique (la situation de risque permet éventuellement aux patients de prendre conscience).

Ces évaluations sont tracées et disponibles aux autres soignants (diététiciens, médecins, infirmiers...)

Comment lire les recommandations de la Haute autorité de santé

Voire le document ci-dessous annexe 1

-les items marqués du chiffre 1 permettent de dire si le projet de chirurgie ne peut avoir lieu à cause de cette contre-indication

-Les items marqués du chiffre 2 permettent d'évaluer la capacité à adopter de nouvelles habitudes et comportements après la chirurgie, sans quoi une souffrance et des résultats pondéraux modestes sont à craindre

-les items marqués du chiffre 3 évaluent ce qu'il faut soigner pour pallier la souffrance induite, ou associée, ou à la source de l'obésité. Cela peut devoir être soigné avant la chirurgie, ou après l'acte chirurgical et de façon programmée

Référentiel HAS et certificat des psychologues ou psychiatres

Aspect psychologique / psychiatrique

L'évaluation psychologique et psychiatrique préopératoire doit concerner tous les patients candidats à la chirurgie bariatrique.

Elle doit permettre (grade C) :

- 1 • d'identifier les contre-indications psychiatriques à la chirurgie (troubles mentaux sévères, comportements d'addiction, etc.) ;
- 2 • d'évaluer la motivation du patient, sa capacité à mettre en oeuvre les changements comportementaux nécessaires et à participer à un programme de suivi postopératoire à long terme ;
- 3 • d'évaluer les déterminants et conséquences psychologiques de l'obésité ;
- 2 • d'évaluer les connaissances du patient (en matière d'obésité et de chirurgie). Le patient doit avoir les ressources intellectuelles et les connaissances suffisantes pour fournir un consentement éclairé ;
 - d'évaluer la qualité de vie ;
- 3 • de déterminer les facteurs de stress psychosociaux, la présence et la qualité du soutien sociofamilial ;
- 3 • de proposer des prises en charge adaptées avant chirurgie et d'orienter le suivi en postopératoire.

Cette évaluation doit être menée par un psychiatre ou un psychologue, membre de l'équipe pluridisciplinaire. Si une prise en charge psychothérapeutique avant l'intervention est nécessaire, elle peut être réalisée par un psychiatre ou un psychologue non membre de l'équipe pluridisciplinaire mais en concertation avec celle-ci (accord professionnel).

Annexe 2

Exemple de certificat proposé :

Je, sous signé, X, psychologue clinicien/psychiatre, certifie prendre en charge Mr ou Mme X dans le cadre de sa prise en charge pluridisciplinaire en vue de la réalisation d'une chirurgie de l'obésité depuis le

Mr ou Mme X a bénéficié d'une évaluation des déterminants et des conséquences psychologiques de son obésité, de sa qualité de vie.

Il/elle a une bonne connaissance en matière d'obésité et de chirurgie et a les ressources intellectuelles et les connaissances suffisantes pour fournir un consentement éclairé.

Il/elle ne présente pas de contre-indication psychologique, notamment de trouble mental sévère ou d'addiction à la réalisation d'une chirurgie bariatrique. Sa décision a fait l'objet d'une longue réflexion et fait suite à un parcours....

Mr ou Mme X est motivé dans ce projet, capable de mettre en œuvre les changements comportementaux nécessaires.

Il/elle bénéficie de la présence et de la qualité d'un soutien socio-familial et est capable de participer à un programme de suivi postopératoire à long terme, en étant conscient de sa nécessité.

Mr ou Mme X ne présente pas à ce jour de contre indication psychologique à la chirurgie bariatrique