

**REFERENTIEL :**

**PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET  
PSYCHOTHERAPEUTIQUE DES PATIENTS EN SITUATION  
D'OBESITE  
AUTOUR DE LA CHIRURGIE DE L'OBESITE**

## **PREAMBULE**

*Note Mars 2025 : ce référentiel a été mis à jour avec notamment les dernières recommandations disponibles sur le sujet. Toutefois, le contenu est sensiblement le même. A noter que depuis 2025, le Centre Intégré de l'Obésité Midi-Pyrénées est devenu le Centre Spécialisé Occitanie Ouest.*

Le Centre Spécialisé de l'Obésité Occitanie-Ouest a constitué un groupe de travail pour proposer un référentiel portant sur la prise en charge psychologique et psychothérapeutique des patients en situation d'obésité.

Le Centre Spécialisé de l'Obésité Occitanie-Ouest 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 en situation d'obésité 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 en situation d'obésité »

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 Spécialisé de l'Obésité Occitanie-Ouest 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

### I/ Rappels des recommandations de la HAS 2024

Dans son référentiel de 2024<sup>1</sup>, la HAS précise les contre-indications de la chirurgie de l'obésité :

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

#### **> les contre-indications psychiatriques :**

- les troubles psychiatriques sévères non stabilisés (troubles psychotiques non stabilisés, épisodes dépressifs caractérisés d'intensité sévère non stabilisés, etc.),
- la difficulté potentielle du patient à participer à un suivi médical prolongé,
- le trouble de l'usage d'alcool et des substances psychoactives licites et illicites en cours,
- les troubles du comportement alimentaire (TCA) de caractère impulsif et/ou compulsif (compulsions, accès de boulimie, hyperphagie boulimique et boulimie) ;
- les obésités de cause rare et les obésités associées à une déficience intellectuelle :
- toute demande de chirurgie bariatrique d'un patient présentant une déficience intellectuelle avérée ou une obésité de cause rare (obésité syndromique ; obésité monogénique non syndromique ; etc.) doit être discutée dans un centre de niveau 3 pour l'obésité, si besoin avec un recours à une RCP nationale spécifique (par exemple, celle du centre de référence maladies rares syndrome de Prader-Willi et autres obésités rares avec troubles du comportement alimentaire (CRMR PRADORT)) ;

#### **> les contre-indications médicales :**

- une cirrhose décompensée (ou Child B ou C),
- les contre-indications à l'anesthésie générale,
- les maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme,
- en présence d'un antécédent de cancer : pronostic du cancer évalué avec l'oncologue et en RCP d'oncologie pour les cancers datant de moins de 5 ans.

---

<sup>1</sup>[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niv](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346001/fr/obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-de-2e-et-3e-niv)

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 (AE).

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.

## **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...)
  - 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 fermée<sup>2</sup> 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

---

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

une structure névrotique, n'aura pas les mêmes besoins en matière de soins ou de 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 autre soignants (diététiciens, médecins, infirmiers...)

## Annexe I

### Recommandations HAS

#### Recommandations 2024

R53. L'évaluation psychologique et/ou psychiatrique préopératoire doit concerner tous les patients candidats à la chirurgie bariatrique.

R54. L'évaluation prend la forme d'un entretien clinique complété si le professionnel le juge nécessaire par l'usage de tests psychométriques validés.

Cette évaluation doit être réalisée par un professionnel de santé mentale (psychologue et/ou psychiatre) qui a une expérience en chirurgie bariatrique, et se conformant strictement par écrit aux éléments d'évaluation décrits ci-dessous.

R55. L'évaluation doit permettre :

- de repérer les troubles psychiatriques actuels et passés que présente le patient ;
- de repérer les antécédents de traumatismes depuis l'enfance et s'ils ont été travaillés par le patient avec un spécialiste (psychologue ou psychiatre) ;
- d'identifier les troubles qui constituent des contre-indications absolues ou relatives à la chirurgie (cf. chapitre 2.6) ;
- d'évaluer les déterminants et les conséquences psychologiques de l'obésité ;
- d'identifier le rapport à l'alimentation, l'histoire pondérale familiale, les troubles du comportement alimentaire de caractère impulsif et/ou compulsif (compulsions, hyperphagie, hyperphagie boulimique, boulimie) et des antécédents d'anorexie mentale (cf. § 2.6.3 Recommandations) ;
- de rechercher des antécédents personnels et familiaux de troubles de l'usage de substances psychoactives (alcool\*, \*\*, tabac, substances illicites) ;

- d'identifier le rapport au corps, la présence de trouble de l'image du corps. La qualité de vie sexuelle peut être abordée au cas par cas avec tact et mesure ;
- de déterminer les facteurs de stress psychosociaux, la présence et la qualité du soutien socio-familial ;
- de permettre une compréhension globale de l'histoire clinique et psychopathologique du patient ;
- de favoriser le développement d'une alliance thérapeutique ;
- d'évaluer la motivation du patient, ses ressources et mécanismes psychiques, ses capacités de mentalisation et d'élaboration, sa capacité à mettre en œuvre les changements comportementaux nécessaires et à participer à un programme de suivi postopératoire à long terme ;
- d'évaluer les connaissances du patient sur l'impact de la chirurgie quant aux changements de qualité de vie, aux changements corporels qui surviendront et quant aux changements relationnels qui pourraient survenir ;
- de proposer des prises en charge adaptées (psychologique et/ou psychiatrique) avant la chirurgie le cas échéant et d'orienter le suivi en postopératoire.

\* R56. L'augmentation du risque de trouble de l'usage d'alcool après chirurgie bariatrique doit faire partie des informations délivrées au patient en préopératoire (grade C).

\*\* R57. La consommation d'alcool doit être finement évaluée avant l'intervention (notamment lors de l'évaluation préopératoire par les différents professionnels en ayant recours si besoin à un questionnaire tel que l'AUDIT) et les antécédents familiaux de trouble de l'usage d'alcool ainsi que les antécédents personnels de dépression doivent être recherchés pour préciser le risque de trouble de l'usage au décours de la chirurgie bariatrique (grade C).

R58. L'évaluation fera l'objet d'une restitution auprès du patient, des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire et du médecin traitant (les modalités de cette restitution seront définies par chaque centre). Un compte-rendu écrit, résumant les différents points évalués, doit être intégré dans le dossier du patient. Les informations recueillies lors de cette évaluation conditionneront le passage en RCP du dossier du patient.

R59. Si le patient nécessite un suivi préopératoire, ses modalités (psychothérapie individuelle et/ou de groupe réalisée par un psychiatre ou un psychologue) sont laissées à l'appréciation du psychologue ou du psychiatre et elles sont discutées avec le patient afin d'aboutir à un projet thérapeutique personnalisé.

R60. Le temps du suivi étant singulier à chaque patient, il est recommandé de débiter la prise en charge psychothérapeutique dès le début du parcours préopératoire. La fréquence et la durée sont laissées à l'appréciation du praticien en charge du suivi. Le patient en est informé.

R61. Si un temps de suivi psychologique et/ou psychiatrique est nécessaire, le déroulement du parcours de chirurgie bariatrique sera étroitement lié à l'évolution et à la stabilisation de l'état psychique du patient. Ainsi, l'intervention n'aura lieu que si l'état psychique du patient est stabilisé. Un compte-rendu du suivi psychologique/psychiatrique est nécessaire, il doit reprendre les éléments identifiés lors de l'évaluation.

## 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