

FORMATION CONTINUE PSYCHIATRIE DE LIAISON

Psychiatrie de liaison et obésité : l'expérience d'un travail en réseau

Consultation-Liaison psychiatry and obesity: the experiment of a network

B. Gohier ^a, P. Ritz ^b, G. Becouarn ^c, S. Richard ^a, E. Ricalens ^a, J.-B. Garré ^{a,*}

^a Département de Psychiatrie et Psychologie Médicale, service du professeur-J.-B. Garré, CHU, 4, rue Larrey, 49033 Angers cedex, France

^b Service de Médecine B, CHU d'Angers, France

^c Clinique de l'Anjou, Chirurgie Viscérale, Angers, France

Disponible sur internet le 31 août 2005

I. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Enjeu de santé publique, l'obésité, définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m², concerne 11,3 % de la population française, soit 5,3 millions d'adultes. Sa prévalence augmente régulièrement (6,3 % par an depuis six ans), notamment chez les enfants et les adolescents. Si cette tendance évolue, un Français sur cinq sera obèse en 2020 [6]. Quand l'IMC dépasse 40 kg/m², on parle d'obésité morbide, ce qui représente 0,2 à 0,3 % de la population, soit 250 000 personnes en France. Alors que l'obésité concerne majoritairement les hommes, l'obésité morbide touche plutôt les femmes. Sa prévalence augmente avec l'âge, un pic s'observant entre 45 et 54 ans. Cette pathologie touche surtout les catégories socioprofessionnelles les plus basses, et entraîne une altération importante de la qualité de vie [7].

En l'absence de troubles de la personnalité ou de troubles psychiatriques bien définis, il existe des symptômes communément retrouvés comme : une perte de confiance en soi, une tendance au repli, une perte d'estime de soi. Ces troubles entraînent un isolement progressif, conduisant possiblement à l'exclusion. Ils sont au moins invalidants socialement et professionnellement, et responsables d'un malaise important, voire d'un véritable handicap. Gênés, voire agressés par le regard des autres, les patients obèses se cachent et cachent leur corps haï. À l'inverse, certains obèses mettent en avant leur poids, sous la forme du « bon vivant jovial », dissimulant alors, sous une enveloppe protectrice, les mêmes sentiments de mésestime de soi. Ces attitudes défensives, qui visent à compenser l'anormalité pondérale, peuvent entraîner une sous-estimation de difficultés psychologiques sous-jacentes [4].

Vis-à-vis d'une telle pathologie d'origine multifactorielle et aux conséquences variées, l'Organisation Mondiale de la Santé en 1998 recommande une prise en charge multidisciplinaire. Ces recommandations sont reprises dans le *Guide pratique pour le diagnostic, la prévention, le traitement des obésités en France*, paru en 1998 sous l'égide d'A. Basdevant. Le traitement des obésités morbides vise plusieurs objectifs : somatiques, nutritionnels, psychologiques et sociaux. Il s'agit d'une prise en charge globale, multidisciplinaire, inscrite dans le long terme. Les objectifs thérapeutiques visent à contrôler le poids, à prévenir et traiter les complications somatiques, et à améliorer la qualité de vie. Les objectifs pondéraux doivent être adaptés à chaque personne. Le but n'est pas de ramener l'IMC à 25 kg/m² (seuil définissant la simple surcharge pondérale), mais d'obtenir une perte de poids de 10 à 15 % du poids initial, et surtout un maintien à long terme de ce poids obtenu. Cette réduction pondérale permet une réduction des risques de complications somatiques et une amélioration de la qualité de vie. Les objectifs psychologiques visent également à améliorer la capacité de faire face aux situations conflictuelles à l'origine de désordres alimentaires, et à limiter les effets de la restriction alimentaire pouvant entraîner une symptomatologie anxio-dépressive [1].

À cinq ans, si on se réfère uniquement au poids, 95 % des patients obèses (IMC > 30 kg/m²) ont repris, voire majoré leur poids initial. Sachant que la mortalité augmente en fonction du poids selon une courbe exponentielle, et connaissant le taux d'échec important au traitement médical, d'autres techniques ont été proposées dans la prise en charge des obésités morbides, au rang desquelles le traitement chirurgical. Ces techniques sont réservées uniquement aux obésités morbides et répondent à des critères stricts.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : JBGarre@chu-angers.fr (J.-B. Garré).

Tableau I
Évolution de l'IMC après un traitement chirurgical

Études	Nombre de cas	IMC J0	Un an	Deux ans	Trois ans	Cinq ans
Série italienne (1994)	111	46,4	36,5	33,1	31,4	
Série belge (1995)	1000	42,1				30
Série belge (1996)	300	> 40			29	
Série française (1996)	98	42,1	30			
Série française (1999)	900	> 40	34	33		

Deux grands types d'intervention peuvent être proposés : les courts circuits intestinaux et les gastroplasties [3]. Les courts circuits intestinaux ou *by-pass* intestinal ont été les premières interventions chirurgicales proposées pour le traitement de l'obésité, dès les années 1950 aux États-Unis. Ils consistent en une résection jéjuno-iléale plus ou moins étendue. Cette technique est efficace vis-à-vis de la perte de poids, mais entraîne des complications métaboliques et nutritionnelles sévères du fait notamment d'un syndrome de malabsorption intestinale majeure. Le second type d'intervention proposée est la gastroplastie ou chirurgie bariatrique de restriction gastrique, qui vise à limiter la capacité de l'estomac, et donc le volume des ingesta. Deux méthodes sont actuellement utilisées [5] : la gastroplastie verticale calibrée, qui consiste à créer une poche gastrique par un agrafage vertical de l'estomac ou la gastroplastie par bandage de silicone réglable, plus souvent appelé anneau gastrique. Le principe repose sur la mise en place d'un anneau de silicone autour du pôle supérieur de l'estomac [8]. Un ballonnet gonflable incorporé dans l'anneau est relié à un boîtier placé dans la paroi abdominale. Ainsi, le diamètre de l'anneau est adaptable aux besoins de chaque patient et réajustable par l'intermédiaire du boîtier abdominal. Cette intervention, réalisée sous coelioscopie, a l'avantage d'être entièrement réversible et moins invasive.

Ces interventions chirurgicales ne sont cependant pas dépourvues de complications. Les risques périopératoires dépendent de l'expérience des équipes. La mortalité opératoire serait inférieure à 1 %. Il existe un risque anesthésique d'autant plus important que le patient présente une obésité morbide. Parmi les complications opératoires les plus fréquentes, concernant la technique de l'anneau gastrique : le risque de perforation gastrique (2 %), le saignement (0 à 3,4 %), les risques infectieux, une possible perforation du dispositif interne de l'anneau, et l'échec de la pose de l'anneau. Des complications opératoires précoces et tardives sont également possibles, sous la forme d'une dilatation de la poche gastrique créée, d'intolérances alimentaires avec des vomissements (12,8 %), d'une perforation gastrique, d'une érosion gastrique, d'une œsophagite (4 % des cas). Il peut également exister des complications au niveau du boîtier abdominal (migration du boîtier, retournement du boîtier). Dans 10 % des cas, une réintervention s'impose, avec une ablation de l'anneau dans 2 % des cas.

Les résultats pondéraux montrent une amélioration nette du poids à un an, et un maintien à deux et cinq ans. En moyenne, cette technique obtient une perte de dix points de

l'IMC à un an, 13 points à deux ans et 15 points à cinq ans (voir Tableau I) [1].

On assiste en France, depuis quelques années, à une augmentation importante du nombre d'interventions chirurgicales pour obésité. Plus de 7000 anneaux de gastroplastie ajustables ont été posés en l'an 2000. Les patients demandeurs ont pour la plupart eu connaissance de ce type d'intervention par l'intermédiaire des médias ou par d'anciens patients opérés. La demande représente le plus souvent une autoprescription du patient, et résulte moins souvent d'une prescription médicale.

Elle est en règle formulée par une femme d'âge moyen et motivée par des considérations fonctionnelles, esthétiques et sociales. Les raisons strictement médicales, concernant l'état de santé physique, se situent souvent au second plan. Contrairement aux données épidémiologiques habituelles relatives à l'obésité morbide, les patients demandeurs d'anneau gastrique ont fréquemment un niveau socio-économique moyen ou élevé. Ils ont souvent conservé une insertion professionnelle. Ils sont le plus souvent mariés, avec des enfants. Ce qui peut laisser suggérer que le profil du patient obèse morbide en quête d'une intervention chirurgicale ne reflète vraisemblablement pas la population obèse morbide française. Habitué à se replier sous une carapace, il demande un traitement qui nécessite une participation active de sa part, par le biais d'une intervention mutilante sur un organe sain.

En préopératoire, l'évaluation psychiatrique des patients ne montre pas de trouble psychopathologique spécifique [10]. La fréquence des diagnostics posés ne diffère pas de ceux de la population générale. Un certain nombre de patients ont déjà bénéficié d'une consultation externe avec un psychiatre. En postopératoire, peuvent survenir des syndromes anxiodépressifs, dans une proportion variable selon les différentes études (20 à 45 %), d'où la nécessité d'une évaluation psychiatrique préopératoire et d'un suivi postopératoire [9,11].

L'ANAES a proposé, en mai 2000 [1], des recommandations à la base des indications retenues pour la pose d'un anneau gastrique :

- la chirurgie ne peut être envisagée qu'après une prise en charge médicale bien conduite ;
- la chirurgie ne concerne que les obésités morbides, définies par un IMC supérieur à 40, ou supérieur à 35 avec une comorbidité menaçante ;
- la décision est pluridisciplinaire, associant un nutritionniste, un psychiatre et un chirurgien, en collaboration avec le médecin traitant ;

- l'acte chirurgical est pratiqué par un chirurgien expérimenté ;
- une information précise doit être donnée au patient sur les avantages, les inconvénients, les risques et sur la nécessité d'un suivi prolongé ;
- les risques périopératoires doivent être acceptables ;
- le patient ne doit pas présenter de contre-indications : pathologies endocriniennes évolutives non contrôlées, maladies inflammatoires du tube digestif, pathologies organiques graves (néoplasies, maladies cardiovasculaires sévères, insuffisance rénale...), risques anesthésiques divers, troubles psychiatriques, impossibilité à donner un consentement éclairé.

Parmi les contre-indications psychiatriques, on distingue deux niveaux :

- les contre-indications absolues :
 - troubles du comportement alimentaire : boulimie, anorexoboulimie ;
 - schizophrénies, troubles délirants et psychoses chroniques ;
 - troubles addictifs liés à l'utilisation actuelle et continue de substances psychoactives : alcoolisme et toxicomanies ;
 - troubles de l'humeur sévères, non stabilisés ;
 - absence de consentement éclairé (retard mental...) ;
- les contre-indications relatives :
 - troubles de l'humeur modérés ;
 - troubles anxieux non stabilisés (anxiété généralisée, troubles obsessionnels compulsifs, troubles phobiques) ;
 - troubles graves de la personnalité ;
 - présence dans les antécédents d'un épisode psychopathologique franc mais actuellement résolu (tentatives de suicide, épisode dépressif...) ;

- attentes irréalistes et idéalisation « magique » du traitement et/ou mauvaise compliance.

2. LE GROUPE ANGEVIN DE TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ

Depuis le 1^{er} janvier 1999, sur l'initiative d'un chirurgien angevin, un réseau s'est constitué, dont le premier objectif était la prise en charge des patients obèses morbides, demandeurs d'anneau gastrique. Le réseau est multidisciplinaire et mixte (public et libéral), réunissant : médecins nutritionnistes, chirurgiens, psychiatres, anesthésistes, radiologues, chirurgiens plasticiens, psychologues et diététiciennes.

Il se réunit une fois par mois pour discuter des dossiers, quand le patient a rencontré les différents membres du réseau. Il donne un avis positif, négatif, ou diffère la réponse en demandant une réévaluation de la demande par l'un ou l'autre des membres du réseau. Le réseau discute également des dossiers des patients opérés, afin d'assurer le suivi pluridisciplinaire.

Le patient demandeur de gastroplastie rencontre dans un premier temps le nutritionniste, le psychiatre et la diététicienne, séparément. Puis son dossier est discuté en réunion collégiale. Si l'accord est donné, il rencontre le chirurgien et l'anesthésiste. Éventuellement des avis spécialisés sont demandés (cardiologue, pneumologue...). Dans la première année qui suit la pose de l'anneau, le patient bénéficie de consultations diététiques tous les mois pendant six mois, puis tous les deux mois. À deux mois, il revoit systématiquement le chirurgien et le psychiatre, de même qu'à six mois et un an après l'intervention. Au-delà de la première année, les consultations diététiques sont trimestrielles ou semestrielles, et le patient rencontre le nutritionniste et le chirurgien tous les ans. Il n'y a pas de consultation psychiatrique de principe, mais à la demande du patient et/ou des intervenants (Fig. 1).

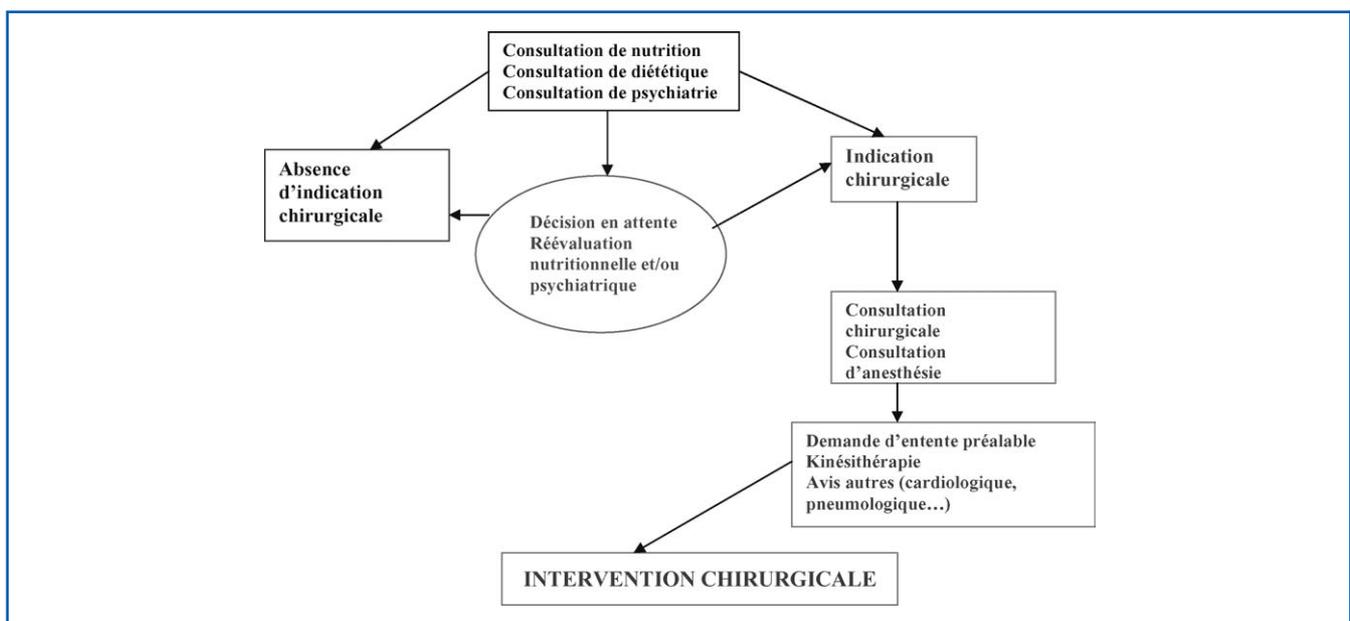


Fig. 1. Fonctionnement du Groupe Angevin de Traitement de l'Obésité.

Au total, quatre consultations psychiatriques sont proposées : avant l'intervention, à deux mois, à six mois et à un an.

La première consultation, avant l'intervention, se donne pour objectifs principaux :

- d'identifier des contre-indications d'ordre psychopathologique ;
- d'évaluer le comportement alimentaire ;
- de caractériser l'image du corps ;
- d'apprécier les conséquences psychosociales et le retentissement familial et relationnel de l'obésité.

L'évaluation porte essentiellement sur l'histoire de l'obésité, les antécédents psychiatriques, les principales attentes, le degré de motivation, le comportement alimentaire actuel, le retentissement psychosocial, le profil de personnalité, la notion de troubles psychopathologiques associés. Au terme de cette consultation et après discussion collégiale, trois options sont possibles :

- l'intervention est *acceptée*. Le patient consulte le chirurgien ;
- la décision est *reportée* pour différentes raisons (contre-indications médicales, chirurgicales, psychiatriques, de compliance...). Le patient sera réévalué à distance ;
- l'intervention est *refusée*. Un projet de soins est alors proposé au patient.

Les consultations postopératoires, à M2, M6 et M12 :

- surveillent la tolérance du patient par rapport à l'anneau ;
- évaluent le comportement alimentaire actuel ;
- caractérisent l'image du corps et les complications possibles liées à l'amaigrissement ;
- identifient des complications psychopathologiques possibles.

Ces quatre évaluations obligatoires (M0, M2, M6 et M12) sont réalisées par le même psychiatre.

Chaque entretien s'accompagne d'une évaluation quantifiée :

- échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS) ;
- échelle d'anxiété de Tyrer ;
- *Bulimia Test* (Bulit) ;
- une échelle analogique visuelle de « gêne pour les actes de la vie quotidienne » ;
- un questionnaire général d'état de santé (questionnaire SF 36) ;
- un questionnaire sur la qualité de vie liée à la santé, en rapport avec le poids (type IWQOL-LITE).

Des consultations intermédiaires peuvent être réalisées à la demande du patient ou des intervenants du réseau.

3. UNE ILLUSTRATION DE L'ACTIVITÉ DU RÉSEAU OBÉSITÉ : ÉVOLUTION THYMIQUE ET QUALITÉ DE VIE CHEZ 78 PATIENTS AYANT BÉNÉFICIÉ D'UNE GASTROPLASTIE

Soixante-dix-huit patients ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale ont été suivis par le réseau. Chaque patient

a rencontré les différents membres du réseau avant l'intervention, suivant le protocole décrit ci-dessus.

Il nous a semblé intéressant, après trois ans, d'analyser l'évolution pondérale des patients, mais aussi leur ressenti vis-à-vis de l'intervention, l'impact sur leur qualité de vie et leur évolution thymique.

Nous retrouvons une plus grande proportion de femmes opérées : 66 pour 12 hommes. L'âge moyen au moment de l'intervention est de 42 ans (la plus jeune ayant 21 ans et la plus âgée, 64 ans). L'IMC moyen est de 44,8 kg/m² avant l'intervention (*écart-type* : 2,2). Tous les patients opérés ont bénéficié de la technique de l'anneau gastrique uniquement. Sur les 78 patients, huit sont opérés depuis deux à trois ans, 31 entre un et deux ans, et 36 depuis moins d'un an. Globalement, la satisfaction vis-à-vis de l'intervention est bonne. En moyenne, on retrouve une perte pondérale maximale dans la première année qui suit l'intervention, avec une stabilisation du poids par la suite (voir [Tableau 2](#) et [Fig. 2](#)).

Prenons pour exemple le cas de Mme M., son poids avant l'intervention est de 114 kg pour 1,60 m, soit un IMC = 44,8 kg/m² :

- à deux mois de l'intervention, elle a perdu 12 kg et pèse 102 kg ;
- à six mois, elle en a perdu 16 et pèse 98 kg ;
- à un an, elle a perdu 24 kg ;
- à deux ans, elle a repris 4 kg et pèse 94 kg ;
- à trois ans, elle a perdu 2 kg et pèse 92 kg.

Au total, elle a perdu 22 kg, mais surtout, son IMC est passé de 44,8 à 35,9 kg/m². Ne relevant plus d'une « obésité morbide », mais d'une « obésité sévère », elle peut bénéficier d'une réduction notable des risques de mortalité et de

Tableau 2
Évolution pondérale après l'intervention

Mois après l'intervention	Nombre de cas	Pourcentage de surpoids perdu (%)
M0 – M2	9	18,8
M3 – M6	16	28,2
M7 – M12	11	41,4
M13 – M18	20	39,1
M19 – M24	14	31,5
M25 – M36	8	35,2

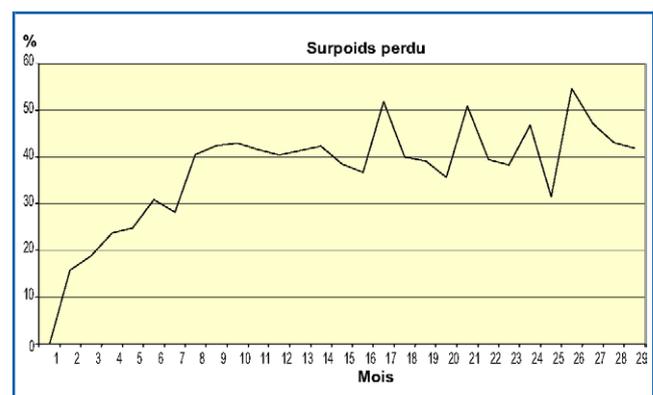


Fig. 2. Courbe de surpoids perdu après intervention.

morbidité. Davantage que la seule réduction pondérale, l'objectif du traitement chirurgical est essentiellement de réduire les risques vitaux liés à l'obésité morbide, mais aussi d'améliorer la qualité de vie.

Par ailleurs, nous avons essayé d'analyser de manière rétrospective l'évolution thymique des patients opérés. Sur les 78 dossiers initiaux, nous avons pu évaluer les variations thymiques de 56 patients en postopératoire. Les 22 dossiers non examinés concernent des patients qui ne sont pas revenus après l'intervention, ou pour lesquels les tests psychométriques n'ont pas été réalisés systématiquement. Le score moyen à l'échelle de dépression (MADRS) était de 5,4/60 avant l'intervention, de 0,4 à deux mois, et de 0,6 à un an. À l'échelle d'anxiété de Tyrer, on retrouve une amélioration : le score moyen à M0 est de 10,1/60, de 0,4 à M2, et de 0,4 à M12. Même si ces scores ne sont pas élevés avant l'intervention, la diminution en postopératoire montre une amélioration, notamment en terme d'anxiété.

Pour la qualité de vie, nous avons surtout utilisé l'échelle analogique visuelle concernant la gêne ressentie pour les actes de la vie quotidienne. Chaque item est coté de 0 à 10, et l'évaluation porte sur les thèmes suivants : gêne pour la vie familiale, envie de sortir, gêne esthétique, vie sexuelle, vie professionnelle, préférence alimentaire pour le sucré ou le salé, envie de grignoter, besoin de manger la nuit, présence de vomissements, plaisir de manger. Le total peut aller de 0 à 120. La moyenne des scores avant l'intervention était de 48,5/120 et passe à 26,5 à M2, et à 16,1 à M12, soit une nette diminution et donc une amélioration significative en terme de qualité de vie (voir Fig. 3). Quelques études se sont intéressées à la qualité de vie après un traitement chirurgical de l'obésité [8,13]. Les patients décrivent une amélioration de leur qualité de vie, malgré l'existence de troubles digestifs secondaires à l'intervention [13].

Enfin, nous avons abordé la question du ressenti vis-à-vis des repas, qui sont souvent mal vécus avant l'intervention. Là encore, on note une nette amélioration. S'ils sont encore redoutés à deux mois (note de 7/10), on ne relève pratiquement plus d'appréhension à un an (2,5/10).

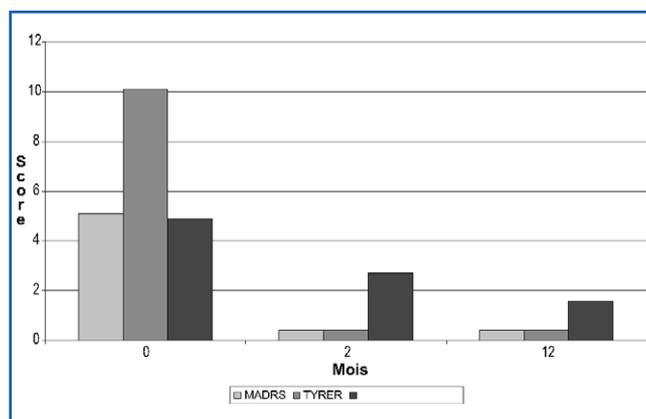


Fig. 3. Évolution des scores de dépression, d'anxiété et de qualité de vie.

4. CONCLUSION

Ces résultats ne constituent qu'une brève illustration du réseau angevin et demanderaient à être complétés. L'évolution pondérale que nous décrivons à trois ans est comparable à celle que rapportent les études de patients opérés par la technique de gastroplastie verticale calibrée [2].

Il nous semble important d'insister sur la nécessaire pluridisciplinarité dans ce type de pathologie. Se limiter à une simple réduction pondérale ne suffit pas. Le traitement chirurgical de l'obésité doit comporter des indications précises. Nous ne devons pas oublier que cette intervention, qui consiste à intervenir sur un organe sain, n'est pas anodine et ne saurait être banalisée. Même s'il semble exister des données encourageantes vis-à-vis des résultats de l'intervention, notamment quant au maintien d'un poids stable à long terme, il serait sans doute souhaitable de le confirmer par un suivi à plus long terme, en y intégrant des critères de qualité de vie. Le rapport bénéfices/risques doit être particulièrement bien étudié dans ce type d'intervention, et nécessite des évaluations quantitatives et qualitatives précises. Quelques critères prédictifs de bonne réponse au traitement chirurgical ont été avancés par J.-L. Terra [12] : caractère volontaire et spontané de la démarche après plusieurs mois de réflexion, prise de conscience de l'hyperphagie, absence de crises de boulimie, capacité de maîtrise personnelle, activités et rôles sociaux maintenus, absence de problèmes d'hygiène corporelle, absence d'inquiétude exagérée concernant la santé physique. Ces quelques premiers résultats seront donc à compléter par une poursuite de l'observation longitudinale, incluant des critères de bonne réponse au traitement et d'amélioration significative de la qualité de vie. Ils nous semblent en tous les cas pouvoir illustrer les pratiques de réseau et les collaborations multidisciplinaires que vise à mettre en place la psychiatrie de liaison.

RÉFÉRENCES

- [1] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Service évaluation des technologies. In: Chirurgie de l'obésité morbide de l'adulte. Mai 2000. p. 110.
- [2] Bloomston M, Zervos EE, Camps MA, Goode SE, Rosemurgy AS. Outcome following bariatric surgery in super vs morbid obese patients: does weight matter? *Obes Surg* 1997;5:414–9.
- [3] Chevallier JM, Consoli S. Anneaux gastriques : pour quels obèses ? *Rev Praticien-Med Gen* 2003;627:1311–4.
- [4] Herpez S, Kielmann R, Wolf AM, Langkafel M, Senf W, Hebebrand J. Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *Int J Obes* 2003;27:1300–14.
- [5] Montauloy MC. La gastroplastie verticale calibrée modifie-t-elle la qualité de vie des obèses ? *Nervure* 2003;26:9–13.
- [6] ObEpi 2003. Enquête Inserm, Institut Roche de l'obésité. Le surpoids et l'obésité en France.
- [7] Schlienger JL, Simon C. L'obésité de l'adulte. *Rev Prat* 2003;53: 525–34.
- [8] Schok M, Geenen R, van Antwerpen T, de Wit P, Brand N. Quality of life after laparoscopic adjustable gastric banding for severe obesity: postoperative and retrospective preoperative evaluations. *Obes Surg* 2000;10:502–8.

- [9] Simon C, Mahot P, Buecher B. Interventions du psychiatre dans le traitement chirurgical de l'obésité morbide. *Ann Psychiatry* 1997;12:43–9.
- [10] Stunkard A, Wadden T. Psychological aspects of severe obesity. *Am J Clin Nutr* 1992;55:524–32.
- [11] Stunkard AJ, James L, Smoller JW. Psychological and social aspects of the surgical treatment of obesity. *Am J Psychiatry* 1986;143:417–29.
- [12] Terra JL. Le point de vue du psychiatre sur le traitement de l'obésité morbide par gastroplastie. *Ann Chir* 1997;51:177–82.
- [13] Weiner R, Datz M, Wagner D, Bockhorn H. Quality of life outcome after laparoscopic adjustable gastric banding of morbid obesity. *Obes Surg* 1999;6:539–45.