

## **Bilan et prise en charge psychologique pré et post opératoire de jeunes adolescents obèses**

Dr. Elise RIQUIN, Dr. Jean MALKA, Pr. Philippe DUVERGER

Service de Psychiatrie Enfant et Adolescent – CHU Angers, 4, rue Larrey. 49990 – ANGERS Cedex 9

L'obésité infantile est un phénomène d'importance croissante en France et dans le monde. La prise en charge des sujets obèses, dès l'apparition des premiers signes, améliore les résultats à court et long terme en prévenant le développement de co-morbidités. Les résultats des traitements médicaux (alimentation équilibrée et pratique sportive) de l'obésité sévère de l'adolescent sont souvent peu satisfaisants. Face à ce constat, la chirurgie bariatrique, qui s'est imposée depuis plusieurs années comme un traitement de choix de l'adulte obèse sévère est questionnée dès l'adolescence.

Depuis 2009, l'équipe pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers propose une prise en charge multidisciplinaire de l'obésité des enfants et adolescents, avec éventuelle prise en charge chirurgicale bariatrique dans certaines indications. Nous présentons le fonctionnement du « réseau obésité » sur Angers ainsi que certains résultats de l'étude menée sur le CHU. Enfin, nous évoquons la place de l'obésité en tant que symptôme d'une souffrance psychique sous jacente, et le nécessaire accompagnement pédopsychiatrique pré, mais également post opératoire de ces jeunes patients.

### Le réseau obésité du CHU d'Angers

Le « réseau obésité » du CHU d'Angers est constitué d'une équipe composée de pédiatres, endocrinologues, chirurgiens pédiatres, diététiciens, assistantes sociales, pédopsychiatres de liaison et médecins de réadaptation fonctionnelle pédiatrique. Il aborde le sujet central de l'obésité morbide de l'adolescent et s'articule autour de d'une approche catégorielle de l'obésité morbide (définition, évaluation précise de ses co-morbidités, éventuel rattachement à une pathologie organique, pronostic), et d'une approche dimensionnelle (aspects psychogénétiques, socioculturels, conséquences sur la qualité de vie, la scolarité, la vie sociale).

L'entrée du jeune dans le réseau se fait à sa demande. Elle est contractualisée selon un cadre de soins comportant des consultations pédiatriques, chirurgicales, diététiques, et pédopsychiatriques, un temps d'hospitalisation complète systématique d'une dizaine de jours pour réalisation des examens complémentaires, étude des répercussions de l'obésité sur le plan somatique, faisabilité d'une éventuelle chirurgie bariatrique et enfin, un temps facultatif de séjour en centre de rééducation fonctionnelle peut être également proposé.

A l'issue de plusieurs mois, certaines décisions thérapeutiques, et notamment chirurgicales sont prises. L'anneau gastrique a été choisi comme option chirurgicale (faible morbidité, réversibilité, et caractère participatif qu'il réclame au jeune). L'équipe de pédopsychiatrie est impliquée à chaque étape du réseau pluridisciplinaire depuis sa mise en place en participant activement aux propositions de soins et d'organisation, tout en occupant une place tierce susceptible de proposer un discours sur l'obésité en tant que problématique intrasubjective dans sa dimension conflictuelle individuelle, mais aussi intersubjective, dans sa dimension dynamique notamment familiale.

Nous avons étudié de manière rétrospective, les 35 observations cliniques d'adolescents obèses du réseau, candidats à la chirurgie bariatrique, entre janvier 2007 et décembre 2012 (Riquin, 2012; Malka, 2014).

### Résultats de l'étude

La cohorte était constituée de 35 jeunes, 17 filles et 18 garçons. L'âge moyen était de 15,3 ans [12,3 ; 17,7]. L'IMC moyen était de 39,9 kg/m<sup>2</sup> [30,8 ; 48,6].

54,3 % des adolescents avaient un ou des antécédents psychiatriques : dépression, angoisse, troubles du comportement, automutilations, idées suicidaires.

Dans 85,3 % des cas, une souffrance psychique au moment de la prise en charge était retrouvée : moqueries, baisse de l'estime de soi, insatisfaction corporelle, dépression, angoisse, solitude, idées suicidaires.

Au sein de la population étudiée, 68,8% avaient des troubles du comportement alimentaire, parmi lesquels 65,7 % présentaient une hyperphagie.

#### Prise en charge psychologique

Du point de vue psychologique, la moitié de la cohorte présentait des antécédents psychiatriques ou une souffrance psychique. Ces éléments doivent attirer notre attention sur la vulnérabilité de ces jeunes patients obèses, et atteste l'importance du suivi psychiatrique.

Lorsque l'on rencontre un patient obèse, on est interpellé par le trop, l'excès. Face à ce constat, la question de la perte de celui-ci est nécessairement abordée; les patients et les médecins en font un discours commun. Il s'agit de perdre ce poids en trop, perte qui souvent échoue. Nous l'avons vu, le symptôme persiste, malgré tous les régimes et activités sportives, et il est saisissant de constater à quel point la question de la perte est également convoquée sur le plan psychique. Ainsi, des deuils ou des séparations sont souvent retrouvés en tant que facteur déclenchant de la prise de poids. En l'absence de capacité d'introjection, les deuils impossibles entraîneraient des pratiques incorporatives, notamment chez des patients marqués par des carences narcissiques, des souffrances identitaires et des difficultés d'élaboration psychique. Ceci renvoie à la fonction de décharge de la souffrance psychique dans le registre comportemental voire corporel. L'agir alimentaire devient alors une solution inconsciente à la fonction à la fois défensive et régressive, une conduite visant à contre investir l'éprouvé de perte.

Chez les adolescents obèses, il existe également une difficulté de mentalisation et d'élaboration avec court-circuitage des processus psychiques par la recherche prévalente d'une satisfaction orale. Nous constatons également dans ce contexte, la non-verbalisation d'affects reliés à l'alimentation dans le discours de nos patients. Face au symptôme : pas d'élaboration, l'affect est recouvert par le symptôme alimentaire. Il semble donc que pour ces adolescents, les affects, mais également la souffrance sont au moins en partie niée, relégués au second plan, enfouis sous le « manger ». Ces adolescents déplorent les moqueries, questionnent l'obésité, interrogent le « manger », mais accèdent rarement à leur souffrance. C'est comme s'ils ne s'entendaient pas souffrir. Nous avons pu ainsi constater, au cours des suivis psychologiques, la difficulté de ces jeunes à considérer l'importance de leur parole, le « poids des mots » prononcés. Faute de considérer leurs propres paroles comme ayant un véritable poids, une vraie valeur, partageable avec l'autre, le corps viendrait colmater, dans le réel de la chair, cette faille narcissique.

Après la chirurgie, le symptôme alimentaire est progressivement supprimé. En effet, l'incorporation de grandes quantités d'aliments devient impossible pour le patient avec le gonflage de l'anneau. Or, le recours à l'agir alimentaire court-circuite la pensée du patient obèse. Lorsque ce recours n'est plus utilisable, la pensée est de fait à nouveau sollicitée. Le travail psychothérapeutique doit alors permettre l'élaboration des affects jusque là occultés par l'agir alimentaire. Laisser le sujet seul, sans défense (alimentaire) en proie à ces affects ou ressentis, est impensable car non soignant. Le retrait simple et non accompagné du symptôme risque de provoquer l'apparition ou l'aggravation d'autres problématiques éventuellement psychosomatiques.

#### Conclusion

Le symptôme « obésité » résiste bien souvent aux mesures médico-diététiques classiques, et ce à plus ou moins long terme. La chirurgie bariatrique est souvent abordée comme une ultime tentative après d'autres traitements

s'étant révélés infructueux, et est considérée comme le seul traitement efficace à long terme de l'obésité morbide (NIH Conférence; Sjöström, 2004). Elle doit être envisagée d'une manière pluridisciplinaire en lien avec la complexité du problème que pose l'obésité. Dans notre réflexion, il apparaît que cette chirurgie intervient dans le réel, en laissant intact un trou, un creux que nulle nourriture n'a jusque là apaisée. Face à ce constat, la chirurgie ne peut et ne doit pas être la seule réponse. En effet, certaines études ont démontré, sur des populations adultes, une surmortalité des patients par suicide après chirurgie bariatrique (Tindle, 2010; Adams, 2007). Ces considérations doivent nous alerter sur la fragilité psychique de ces patients. La prise alimentaire inadaptée apparaît comme un moyen d'apaiser les tensions, en imposant le silence, en tuant l'agressivité et le travail d'élaboration psychique qu'elle suppose. La souffrance est exilée du discours et est reléguée dans un lieu du corps enfoui. Le psychiatre, en tant qu'évaluateur, mais également thérapeute, doit accompagner le « faire », sans renoncer au « comprendre ». Car on ne saurait refuser catégoriquement la chirurgie bariatrique dans un positionnement dogmatique. Nier la demande de chirurgie en la refusant en bloc, c'est nier la demande d'un sujet. Si la chirurgie peut soulager un symptôme néfaste pour le sujet, mettant sa vie en péril -car c'est bien de cela dont il s'agit avec l'obésité morbide- elle doit pouvoir trouver sa place.