

LE BILAN PSYCHOLOGIQUE PRÉGASTROPLASTIE AU CHU DE LIÈGE INSPIRÉ DU BIPASS

MAYERS I (1, 2), CHARLAND-VERVILLE V (1), DE ROOVER A (2), HAUMANN A (2), KOHNEN L (2), DE FLINES J (3), ADAM E (1)

RÉSUMÉ : L'obésité est une maladie chronique devenue un problème de santé publique majeur, avec une prévalence qui a doublé au cours des deux dernières décennies dans la majorité des pays industrialisés et en voie de développement. Actuellement, la chirurgie bariatrique représente le traitement le plus efficace afin de remédier à cette problématique de surcharge pondérale sévère (IMC ≥ 40 ou ≥ 35 kg/m² avec complications). L'évaluation psychiatrique et psychologique préopératoire dans le cadre d'une chirurgie bariatrique s'impose pour divers enjeux. Outre la sélection des candidats à l'opération, ses objectifs sont, notamment, de préparer au mieux les patients aux changements futurs postopératoires ainsi que d'optimiser leur prise en charge psychologique et, éventuellement, psychiatrique. Cet article décrit un outil standardisé, le BIPASS (Bariatric Interprofessional Psychosocial Assessment Suitability Scale), qui permet une évaluation de qualité dans le domaine.

MOTS-CLÉS : *Gastroplastie - Evaluation psychologique - Evaluation psychiatrie - Bypass gastrique*

PREGASTROPLASTY PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT AT THE CHU OF LIEGE USING THE BIPASS

SUMMARY : Obesity is a chronic disease that has become a major public health problem with a prevalence that has doubled in the past two decades in most industrialized and developing countries. Currently, bariatric surgery represents the most effective treatment for extreme or severe overweight (BMI ≥ 40 kg/m² or ≥ 35 kg/m² with weight-related comorbidities). Pre-operative bariatric surgery psychiatric and psychological assessment is essential for various reasons. In addition to the selection of candidates for the operation, its objectives are to prepare patients for future postoperative changes as well as to optimize their psychological and psychiatric care. This article describes a standardized tool, the BIPASS (Bariatric Interprofessional Psychosocial Assessment Suitability Scale), which allows a quality assessment in the field.

KEYWORDS : *Gastroplasty - Psychological care - Psychiatric care - BIPASS*

INTRODUCTION

L'obésité, définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 kg/m², est devenue un problème de santé publique majeur qui ne cesse de prendre de l'ampleur mondialement (1). Entre 2009 et 2010, selon l'US National Health and Nutrition Examination Survey, les Etats-Unis enregistraient une prévalence de l'obésité de 36 % parmi sa population. En Belgique, la prévalence rapportée par la Health Survey Interview était de 14 % (2). Les conséquences de l'obésité sont multiples : risque accru de mortalité, comorbidités médicales et psychopathologiques (maladies cardiovasculaires, troubles musculo-squelettiques, diabète de type 2, certains cancers, syndrome d'apnées du sommeil, troubles psychiatriques), altération de la qualité de vie physique, psychologique et sociale (3). L'étiologie est complexe et résulte d'une interaction entre des facteurs génétiques, culturels, comportementaux et psychosociaux. Le traitement de l'obésité implique donc une prise en charge multidisciplinaire et globale (médicale, médicamenteuse, diététique,

sportive et psychothérapeutique), dont le but est d'amener le patient à perdre du poids (4).

Depuis une vingtaine d'années, la chirurgie bariatrique s'est développée comme une stratégie thérapeutique à part entière. En Belgique, elle est accessible aux patients majeurs présentant un IMC supérieur ou égal à 40 ou supérieur ou égal à 35 avec, au moins, un facteur de comorbidité somatique en relation avec l'excès de poids (diabète, hypertension artérielle résistante malgré un traitement par 3 molécules anti-hypertensives; apnée du sommeil diagnostiquée par la réalisation d'un test du sommeil (il n'est pas nécessaire que le patient soit appareillé), réintervention après un résultat insuffisant ou complications d'une intervention bariatrique précédente). Cette chirurgie n'est possible qu'en seconde intention, après l'échec d'un suivi diététique documenté d'au minimum 12 mois. Au vu de la nature multifactorielle de l'obésité, la sélection des candidats à la chirurgie et la prise en charge des patients est menée par une équipe pluridisciplinaire, composée d'au moins un chirurgien, un diététicien, un psychologue et/ou psychiatre et un endocrinologue, comme le suggèrent de nombreuses recommandations (4, 5). Cette évaluation mène à une concertation pluridisciplinaire pour poser l'indication ou la contre-indication de la chirurgie (6).

L'objectif du présent article est de préciser le but de l'évaluation psychologique en préopératoire ainsi que ses modalités au sein du CHU de Liège, en se basant sur un outil canadien

(1) Service de Psychologie clinique et d'Action sociale, CHU Liège, Belgique.

(2) Service de Chirurgie abdominale, sénologique, endocrine et de Transplantation, CHU Liège, Belgique.

(3) Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques, CHU Liège, Belgique.

récemment validé, le BIPASS pour «Bariatric Interprofessional Psychosocial Assessment Suitability Scale» (7).

L'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE DU PATIENT CANDIDAT À LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

L'évaluation psychologique a toute son importance car la présence de comorbidités psychiatriques peut être prédictive d'une moins bonne évolution en postopératoire (8). Même si la chirurgie assure une perte de poids moyenne significative sur le long terme tout en améliorant les comorbidités liées à l'obésité et la qualité de vie du patient (9), 20 % des personnes opérées présenteront des résultats insuffisants. D'autres rapportent une absence d'amélioration (voire une détérioration) de leur qualité de vie après l'intervention. En effet, le succès de la chirurgie dépend de la capacité du patient à implémenter des changements permanents dans son mode de vie tels qu'adhérer à un régime strict, pratiquer régulièrement de l'exercice physique et acquérir de nouvelles stratégies d'adaptation pour gérer son alimentation (10). Cette aptitude est directement affectée par la présence de troubles psychiatriques en pré-opératoire. Il s'agira donc de les repérer et de voir si on peut y apporter des solutions avant la chirurgie.

POURQUOI UNE ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE ?

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en France, l'évaluation psychologique du patient candidat à la chirurgie bariatrique s'impose pour trois raisons (11) :

1. Les troubles psychiatriques sont plus fréquents chez les patients obèses et, plus particulièrement, chez les patients obèses candidats à la chirurgie bariatrique. Entre 20 et 50 % des patients présentent un trouble psychiatrique lors de l'évaluation préopératoire. Plusieurs auteurs (12) mettent en évidence que ces patients, comparativement à un groupe contrôle, reçoivent plus de diagnostics de troubles de l'humeur, de troubles anxieux (plus particulièrement phobie sociale et état de stress post-traumatique), de troubles du comportement alimentaire (hyperphagie boulimique), d'addiction et d'un ou plusieurs troubles de la personnalité.

2. Les troubles psychiatriques peuvent constituer une contre-indication à la chirurgie. Dans certains cas, cette contre-indication sera défini-

tive et le projet d'intervention du patient refusé. Dans d'autres cas, le psychologue/psychiatre proposera un suivi permettant, éventuellement, de lever, à terme, la contre-indication.

3. Comme expliqué précédemment, les troubles psychiatriques sont parfois des facteurs de risque d'une moins bonne évolution en post-opératoire (perte de poids moindre et détérioration de la qualité de vie), comme c'est notamment le cas pour les troubles de la personnalité (8) et un état dépressif préexistant à l'opération (13). De plus, les données d'une revue systématique révèlent un risque de suicide multiplié par quatre après une chirurgie bariatrique (14) et des données récentes d'une étude canadienne font état d'une augmentation des taux d'automutilation (15). Ces études pointent l'importance de repérer, lors d'une évaluation préalable, les facteurs pouvant engendrer des complications psychiatriques en post-opératoire dans cette population.

LES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Outre l'identification de contre-indications, l'évaluation est aussi un moment privilégié avec le patient. Elle peut avoir les objectifs suivants (11) :

- préparer au mieux le patient à l'intervention;
- aider le patient à prendre conscience des changements comportementaux et cognitifs à mettre en place, avant et après l'intervention, pour minimiser l'impact éventuel de facteurs de risque en post-opératoire. Les entretiens psychologiques préopératoires peuvent donc mener à des recommandations individuelles, visant à minimiser l'impact des facteurs de risque du patient;
- élaborer quelles seraient les éventuelles conséquences d'une intervention de chirurgie bariatrique, avec tous les changements qu'elle occasionne, en termes de confiance en soi, de changements dans la dynamique familiale, de couple, de rapport aux autres;
- créer, dans la mesure du possible, une relation de confiance avec le patient afin de lui permettre d'avoir recours à l'aide du psychologue au moment où il en éprouverait le besoin.

Les entretiens d'évaluation servent à récolter des informations sur la situation du patient ainsi que sur son mode de fonctionnement et à le conscientiser aux changements et aux risques psychologiques qui peuvent survenir avant et après une chirurgie. Notre rôle relève donc, également, de la psycho-éducation.

L'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE AU CHU DE LIÈGE

Lorsqu'un patient souhaite bénéficier d'une chirurgie bariatrique au sein du CHU de Liège, il prend contact avec le secrétariat du service. Il reçoit alors un premier rendez-vous avec un chirurgien qui posera l'indication de la prise en charge. Si la personne est dans les critères d'éligibilité, elle recevra une liste de rendez-vous pour divers examens médicaux (gastroscopie, prise de sang, analyse d'urines sur 24 heures,...) et l'évaluation préopératoire avec l'équipe pluridisciplinaire, dont une psychologue.

A l'heure actuelle, il existe un consensus général, parmi les centres de chirurgie bariatrique, sur les domaines à évaluer lors des entretiens préopératoires (16) : l'histoire du poids, les tentatives pour perdre du poids (actuelles et passées), les attentes par rapport à la chirurgie, les comportements alimentaires actuels (capacité à ressentir les sensations alimentaires, structure des repas,...), les pathologies alimen-

taires («binge eating», grignotages, prises alimentaires nocturnes, gestion des émotions par l'alimentation), le fonctionnement psychologique actuel et passé, la compréhension et la connaissance de la chirurgie et de ses implications en pré- et en postopératoire, l'activité physique et sportive, les relations actuelles et le soutien de l'entourage.

Malgré ce consensus sur les thèmes à investiguer, il n'existait pas d'outil standardisé pour normaliser le processus d'évaluation et accroître la rigueur dans l'identification de risques psychosociaux. C'est pourquoi nous nous sommes inspirés des travaux d'une équipe de Toronto (7) avec leur outil BIPASS pour le screening psychosocial des candidats au sein de notre centre (Tableau I). Concernant le développement du BIPASS, une méta-analyse a permis d'identifier 26 facteurs de risque psychosociaux influençant les résultats de la chirurgie. Des experts (médecins, diététiciens, infirmiers et psychologues) ont été invités à classer ces facteurs du plus significatif au moins significatif d'un bon résultat chirurgical. Dans la version finale, 14 items

Tableau I. Extrait des critères d'exclusion et domaines psychosociaux mesurés par le BIPASS (7).

Critères d'exclusion
Tabagisme actif
Trouble actuel dans l'utilisation de substances ou problème avec l'utilisation de substances
Trouble psychiatrique actuel, sévère et/ou non stabilisé
Dysfonctionnement cognitif
Le niveau de préparation du patient
1. Connaissance et compréhension du processus de gain de poids excessif.
2. Compréhension de la chirurgie incluant la connaissance des complications et les implications sur le mode de vie.
3. La volonté de changer et la modification de son mode de vie en prévision de la chirurgie.
4. Compliance et adhérence au programme d'évaluation pré-opératoire en chirurgie bariatrique.
Le système de support social
5. Disponibilité et fonctionnement du système de soutien social.
6. Finances, emploi et logement.
Les troubles psychiatriques
7. Stabilité sur le plan psychologique (excluant les troubles des comportements alimentaires, les troubles liés à l'utilisation de substances et les troubles de la personnalité).
8. Les comportements alimentaires.
9. L'histoire du trouble psychiatrique (incluant les troubles des comportements alimentaires et les troubles liés à l'utilisation de substances).
10. Utilisation de substances.
11. Traits et troubles de la personnalité.
Caractéristiques générales de l'évaluation
12. Cohérence des propos et régulation émotionnelle.
13. Vérité des informations détenues par le patient.
14. Attentes par rapport à la chirurgie bariatrique.

ont été sélectionnés et répartis en 4 domaines (le niveau de préparation du patient, le système de soutien social, la maladie psychiatrique et les caractéristiques générales de l'évaluation). Par ailleurs, 4 critères d'exclusion ont été listés (tabagisme actif, consommation problématique de substances, y compris l'alcool, troubles psychiatriques actuels, sévères et/ou non stabilisés et déficience cognitive). Actuellement, nous avons décidé de ne pas prendre en compte le critère d'exclusion lié à la consommation de tabac. Ce critère de contre-indication ne semble appliqué de façon stricte que par 37 % des praticiens alors que 35,8 % d'entre eux le considèrent comme relatif (17). De plus, un article récent de Moser et coll. (18) montre que l'évolution de la perte de poids est indépendante des habitudes liées à cette consommation de tabac. Ni le fait de cesser de fumer après la chirurgie ni la sévérité avec laquelle le patient fume ne seraient liés à la perte de poids après une intervention bariatrique.

Au terme de l'évaluation psychosociale, le patient reçoit soit un feu vert, s'il présente peu de risques (il est alors admis pour la chirurgie bariatrique), soit un feu rouge, s'il présente une ou des contre-indications strictes, soit un feu orange s'il n'y a pas de critères d'exclusion, mais plutôt des difficultés psychosociales telles, que le patient doit d'abord prendre le temps de les traiter. Dans ce cas, la chirurgie est reportée. Le patient est alors suivi en interne ou en externe et, dans ce dernier cas, il peut être revu régulièrement par la psychologue de l'équipe afin de suivre son évolution. Un feu orange peut alors évoluer vers une acceptation ou un refus de l'intervention.

CONCLUSION

Un screening inspiré du BIPASS pourrait aider à standardiser le processus d'évaluation psychosociale dans tous les centres bariatriques. Un tel outil pourrait simplifier le processus décisionnel en réduisant les biais entre cliniciens.

Il pourrait également améliorer la sélection pertinente des patients les plus à même de bénéficier d'une chirurgie bariatrique. Des études actuelles sont réalisées par l'équipe de Toronto afin d'évaluer quels facteurs du BIPASS sont prédictifs de bons résultats en postopératoire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet* 2011;**377**:557-67.
2. Verhaeghe N, De Greve O, Anemans L. The potential health and economic effect of a Body Mass Index decrease in the overweight and obese population in Belgium. *Public Health* 2016;**134**:26-33.
3. Guh DP, Zhang W, Bansback N, et al. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight : a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2009;**9**:88.
4. Ciangura C, Nocca D, Lindecker V. Recommandations de bonnes pratiques pour la chirurgie de l'obésité. *Presse Med* 2010;**39**:953-9.
5. HAS. (2009) Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. En ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/c_765529/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte. Dernière consultation le 21/09/2020.
6. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and non-surgical support of the bariatric surgery patient. *Surg Obes Relat Dis* 2013;**9**:159-91.
7. Thiara G, Yanofsky R, Abdul-Kader S, et al. Toronto Bariatric Interprofessional Psychosocial Assessment Suitability Scale: evaluating a new clinical assessment tool for bariatric surgery candidates. *Psychosomatics* 2016;**57**:165-73.
8. Livhits M, Mercado C, Yermilov I, et al. Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery : systematic review. *Obese Surgery* 2012;**22**:70-89.
9. Bessemans S, Scheen AJ. Efficacité de trois techniques de chirurgie bariatrique chez des sujets obèses diabétiques de type 2. *Rev Med Suisse* 2016;**12**:1378-82.
10. Powers P, Rosemurgy A, Boyd F, Perez A. Outcome of gastric restriction procedures : weight, psychiatric diagnostic and satisfaction. *Obes Surg* 1997;**6**:471-7.
11. Brunault P, Gohier B, Ducluzeau PH, et al. L'évaluation psychiatrique, psychologique et addictologique avant chirurgie bariatrique : que faut-il évaluer en pratique, pourquoi et comment ? *Presse Med* 2016;**45**:29-39.
12. Fettes P, Williams D. *Body image, eating disorder and obesity : an integrative guide for assessment and treatment*. Washington; American Psychological Association; 1996:441-459.
13. Masheb RM, White MA, Toth CM, et al. The prognostic significance of depressive symptoms for predicting quality of life 12 months after gastric Bypass. *Compr Psychiatry* 2007;**48**:231-6.
14. Peterhänzel C, Petroff D, Klinitzke G, et al. Suicide after bariatric surgery. *Obes Rev* 2013;**14**:369-82.
15. Bhatti J, Nathens A, Thiruchelvan D, et al. Self-harm emergencies after bariatric surgery: a population-based cohort study. *JAMA Surgery* 2016;**3**:226-32.
16. Gondek W. Psychiatric suitability assessment for bariatric surgery. In : *Psychiatric Care in Severe Obesity*. 1^{ère} éd. New York:Springer International Publishing;2017:173-86.
17. Bauchowitz A, Gonder-Frederick L, Olbrisch M, et al. Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates : a survey of present practices. *Psychosom Med* 2005;**5**:825-32.
18. Moser F, Signorini F, Maldonado P, et al. Relationship between tobacco use and weight loss after bariatric surgery. *Obes Surg* 2016;**26**:1777-812.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr V. Charland, Service de Psychologie clinique et d'Action sociale, CHU Liège, Belgique.
Email : vcharland@chuliege.be