UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES

TRAVAIL DE RECHERCHE SUR LE TRAVAIL DE PSYCHOLOGUE DE LIAISON DANS LE CADRE DU STAGE AUX HOPITAUX IRIS SUD

Blanche MOINARD

Master 2 en Ethique

A l'attention de Mme Pinsart

Table des matières

I. Introduction 3
II. Les multiples origines de l'obésité 4
1- La définition de l'obésité 4
2- La sédentarisation de la société et la transition nutritionnelle 5
3- La dimension sociale et psychologique 6
III. Une opération demandée par le patient 6
1- Un patient consentant et demandeur 6
a) Un patient demandeur et un personnel médical prudent 6
b) Vers un consentement éclairé et autonome du patient 7
c) Le risque d'un patient consommateur de soins 8
d) Une communication parfois difficile à établir 9
2- La transmission de l'information pluridisciplinaire : quelle éthique ? 9
a) L'échange de l'information entre professionnels 10
b) Les limites de la transmission des informations et leur problématiques éthiques 11
c) L'idéal d'une transmission centralisée et coordonnée 12
IV. Conclusion 13
Bibliographie 14

I. Introduction

Au cours de mon stage aux Hôpitaux Iris Sud, j'ai pu suivre le travail de la psychologue de liaison. Cette dernière travaille avec le service de bariatrique de l'hôpital d'Ixelles. Elle est chargée de recevoir les personnes désirant avoir recours à la chirurgie bariatrique.

La chirurgie bariatrique est en plein essor. Il existe différents types d'interventions, soit les techniques de restriction pure avec l'anneau gastrique ajustable et la sleeve-gastrectomie, qui consistent à réduire le volume de l'estomac. Soit les techniques de restriction et malabsorption comme le bypass ou la dérivation biliopancréatique. Le traitement chirurgical permet une perte pondérale au cours des deux premières années de 25% en moyenne. Cependant, à 10 ans, le taux d'échec est de 50% pour l'anneau et de 20% pour le bypass. La perte de poids n'est pas le seul objectif d'un traitement chirurgical. Cette opération cherche à traiter également les complications liées à l'obésité. Cependant, les médecins eux-mêmes reconnaissent que le traitement chirurgical ne suffit pas à régler une problématique qui dure souvent depuis de nombreuses années si ce n'est depuis toujours. A cette évaluation s'ajoute une prise en charge médicale et diététique suffisamment longue. C'est pourquoi une telle opération se fait après une évaluation multidisciplinaire, selon les recommandations éditées en France par la Haute Autorité de Santé (HAS) en janvier 2009. Ces recommandations sont de plus en plus suivies en Belgique. Au cours de mon stage, j'ai pu constater que les différentes origines de l'obésité rendent l'opération plus complexe et problématique qu'elle n'y paraît au premier abord, et sa prise en charge nécessite un apport global, pluridisciplinaire et sur le long terme. Une information pluridisciplinaire est nécessaire pour préparer le patient.

Dans un premier temps donc, j'ai décidé de comprendre les origines de l'obésité et leur impact sur l'évolution de cette « maladie ». Cela permet de mieux comprendre les motivations du patient mais aussi la prudence des médecins quant à un consentement qui peut être parfois mal ou pas assez informé. Le rôle des médecins est alors de faire évoluer ces positions vers un consentement éclairé et pour ce faire, le personnel médical doit transmettre des informations pluridisciplinaires. Cela m'a amenée à me demander comment doivent être transmises les informations ? Par qui ? Y a-t-il une hiérarchisation des informations, entre celles données par

le chirurgien, par le diététicien ou par la psychologue ? Comment ces informations sont-elles effectivement transmises et comment sont-elles reçues et assimilées par le patient ?

II. Les multiples origines de l'obésité

Bien que qu'elle ait toujours existé, l'obésité est un problème relativement récent. Elle est apparue dans les années 70 aux Etats-Unis, et dans les années 90 en France. Aujourd'hui, l'obésité arrive dans des pays qui ne la connaissaient pas. Plus un pays entre dans la mondialisation, plus le problème d'obésité se déplace des plus riches vers la classe moyenne puis vers les plus démunis. Dans les pays considérés comme riches, ce seront surtout les pauvres qui seront touchés par l'obésité. Ainsi en Belgique, ce seront davantage les personnes plus défavorisées qui sont touchées. Tandis que dans les pays pauvres, comme l'Inde, ce sont davantage les riches qui sont obèses. Les chiffres montrent l'ampleur de ce phénomène, qui est souvent comparé à une épidémie. Les Etats-Unis ont le taux de personnes obèses le plus important dans le monde, soit 38% de la population. Un adulte sur trois sera en surpoids en 2030 dans l'OCDE. Le Mexique ne comptait que 7% d'obèses en 1980 alors qu'aujourd'hui le taux a triplé. L'obésité est donc un problème contemporain, lié à l'évolution de nos sociétés. Les échanges qui s'accentuent, la standardisation de la consommation, la hausse du niveau de vie, la sédentarisation de la population, le progrès technologique, les stratégies des firmes, la baisse des prix… tous ces éléments sont autant de facteurs qui sont à l'origine de l'obésité, qui ne cesse de croître dans nos sociétés contemporaines. L'obésité n'est donc pas une maladie comme une autre, qu'il suffit d'opérer pour faire disparaitre. Le statut de l'obésité est une question primordiale, est-ce un phénomène pathologique ou une modalité d'adaptation physiologique aux évolutions des modes de vie ?

1- La définition de l'obésité

Arnaud Basdevant fait une distinction entre la définition de santé publique de l'obésité et la définition individuelle qui se rapporte à la culture et à l'image qu'on a de soi. Ces deux définitions se confrontent et témoignent bien de la complexité de ce phénomène, qui n'est pas à considérer comme une maladie comme une autre. Selon Arnaud Basdevant donc, l'obésité peut être une maladie chronique. Dans un premier temps elle ne se voit pas, il faut

au moins 10 ans pour devenir obèse. L'altération biologique du tissu adipeux se fait de manière invisible, ce qui fait que l'obésité s'installe durablement et devient une maladie chronique.

Cependant celle-ci est également une maladie du fait de la société et de ses représentations. La stigmatisation est très forte et violente, la représentation est très péjorative et le harcèlement est très fréquent. C'est donc une situation physique et sociale, et également une maladie au sens sociale du terme qui a même des conséquences sur l'emploi mais aussi sur l'image de soi et qui donc peut avoir des conséquences psychologiques fortes.

2- La sédentarisation de la société et la transition nutritionnelle

Tout d'abord, il est évident que la société a tendance à se sédentariser. Nos grands-parents se déplaçaient plus souvent à pieds ou à vélo que nous aujourd'hui. Dans un monde où tout semble accélérer, avec l'aide du progrès technologique notamment, l'effort physique perd de son importance. Preuve en est l'apparition récente des trottinettes électroniques qui témoignent de cette envie de nos sociétés de se déplacer vite et sans avoir à fournir trop d'effort.

Cependant nous mangeons autant que nos ancêtres. Nous avons changé notre façon de nous déplacer mais pas notre façon de manger. La disponibilité alimentaire se révèle être envahissante, il suffit de regarder dans la rue ou encore de regarder la télévision, pour voir le nombre de publicités alimentaires. Pour le professeur Ma Guangsheng de l'Université de Pékin, les origines de l'obésité des jeunes en Chine est dû aux changements de comportements. Les enfants se rendent de moins en moins à l'école à vélo ou à pieds et la pression du système scolaire est telle que les enfants font de moins en moins d'activités sportives ou extérieures. Ce sont ces habitudes de vie qui facilitent l'apparition de la maladie. Les habitudes alimentaires changent aussi, une véritable transition nutritionnelle est à l'œuvre. En effet, on passe d'une société où notre alimentation se fait de moins en moins de glucides lents (de 80 à 30%). Aujourd'hui l'on mange principalement du sucre, des lipides et beaucoup plus de protéines animales. En parallèle, la baisse des prix entraine un emprisonnement du consommateur dans certains goût alimentaire, ce que Fabrice Etilé appelle le « populisme alimentaire ».

3- La dimension sociale et psychologique

D'après ce que j'ai pu constater à l'hôpital, ce sont majoritairement des femmes qui demandent cette intervention. Elles ont de grandes responsabilités familiales, elles sont soumises à une certaine forme de solitude ou sont malmenées dans leur travail ou leur vie privée. Elles cherchent ainsi dans la nourriture une forme de réconfort. Pourtant, les problèmes de poids entrainent ou accentuent le mal-être des patientes, qui disent la plupart du temps « vouloir changer ». Ces dernières se sentent encore plus mal dans leur peau, ont peur du regard des autres et particulièrement du regard de leurs proches.

III. Une opération demandée par le patient

1- Un patient consentant et demandeur

a) Un patient demandeur et un personnel médical prudent

Cette opération est donc la plupart du temps demandée par le patient et moins souvent imposée par le médecin. Du moins dans les cas que j'ai pu observer jusqu'ici. Le rôle du personnel médical est ici de bien les préparer et de les prévenir des problèmes que cela peut causer. L'article 26 de la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme précise ceci :

« Toute intervention médicale de caractère préventif, diagnostique ou thérapeutique ne doit être mise en œuvre qu'avec le consentement préalable, libre et éclairé de la personne concernée, fondé sur des informations suffisantes. Le cas échéant, le consentement devrait être exprès et la personne concernée peut le retirer à tout moment et pour toute raison sans qu'il en résulte pour elle aucun désavantage ni préjudice. »

La particularité de ces opérations en bariatrique est que les opérations sont demandées ou désirées par le patient, dès lors son consentement est total. Cependant ce consentement n'est souvent pas assez informé, les patients ne connaissent pas nécessairement toutes les conséquences et tous les risques que peuvent comporter de telles opérations. C'est donc le rôle du médecin, selon la Déclaration, de donner une information suffisante et compréhensible et des explications en fonction du niveau d'assimilation de la personne. Le médecin se doit de répéter les explications et les expliciter en des modes différents :

individuellement, collectivement, par des dessins, par des exposés ou encore par la discussion au sein du groupe. Il est important de laisser du temps pour comprendre. Il faut également l'informer des risques et bénéfices possibles sur le plan de la santé, mais aussi des répercussions psychosociales de cette opération et la nécessité de prendre une décision maintenant quant à la gestion de ces répercussions. Le respect de la décision du patient n'a de valeur que si celui-ci en est pleinement responsable et s'il est capable de comprendre les propositions thérapeutiques et les conséquences de son consentement. Pour que les raisons du patient soient valables, il faut être certain que cela n'est pas influencé par un désarroi psychique, par son entourage, par son manque de connaissance sur le sujet ou encore par une appréciation excessivement positive de l'opération. L'information, la connaissance des motivations conscientes et inconscientes des patients contribuent à éviter un consentement aveugle. C'est pourquoi, il est important d'effectuer un examen de la personnalité du patient et de ses capacités de compréhension avant de prendre la décision chirurgicale.

b) Vers un consentement éclairé et autonome du patient

Tout cela a été mis en place à l'hôpital d'Ixelles. Pourtant, bien que les médecins donnent ces informations, il arrive que les patients n'écoutent pas véritablement, dans la mesure où en arrivant à l'hôpital, leur décision est déjà prise. Ces patients font des démarches pour que cette opération soit autorisée par le personnel médical. Les rôles semblent en effet inversés, c'est ici le patient qui recherche le consentement des médecins. C'est ainsi que certains patients pourront ne pas parler de leur trouble du comportement alimentaire avec le psychiatre, par crainte de se voir refuser la chirurgie. Cependant, le patient ne pense pas que c'est son propre consentement qui peut être remis en cause.

Le rôle des professionnels et notamment de la psychologue est ici presque inverse, celle-ci doit déconstruire le consentement de la personne ou du moins le faire évoluer vers autre chose, un consentement plus éclairé. J'ai pu constater que ces femmes n'ont pas envie de venir voir la psychologue et voient ce passage obligé comme quelque chose de presque inutile. En effet, des problématiques que n'attendaient pas forcément le patient sont soulevées, car la psychologue essaye de comprendre les raisons pour lesquelles il mange. Celle-ci va donc demander des informations personnelles qui ne sont pas toujours, aux yeux des patients, en

lien direct avec leur obésité. Pourtant, le but est de les aider à changer certaines habitudes de vie.

« L'un des objectifs de l'évaluation psychiatrique préopératoire est d'estimer les capacités de compréhension du patient mais aussi et surtout ses capacités de compliance, pour un traitement qui va l'engager vers un suivi à vie, tant au niveau diététique, nutritionnel que chirurgical. Il est donc important qu'il montre une compliance et une motivation suffisante. La réussite du traitement chirurgical est conditionnée par le suivi et la mise en œuvre d'un changement de comportement. » [1]

Ainsi comme nous l'avons vu avec l'origine de l'obésité, ce n'est pas tant un travail physique que psychologique qui sera demandé. Les patients devront donc répondre à des questions plus personnelles et devront faire un vrai travail sur eux-mêmes. Aussi, il est essentiel de s'assurer que le patient est véritablement autonome, car l'autonomie est liée à la motivation et à la compliance. Les pressions familiales peuvent parfois être très fortes, notamment de la part du conjoint. En effet, il s'avère parfois que ce dernier soit à l'origine de la demande d'opération. Un autre exemple m'a marqué, celui de deux sœurs venant demander l'opération en même temps. Les deux ont été vues séparément et pourtant elles employaient toutes les deux les mêmes mots et la même argumentation. Ce qui peut légitimement amener le médecin à se demander si le choix de l'une n'influence pas le choix de l'autre et donc remettre en question l'autonomie du patient.

c) Le risque d'un patient consommateur de soins

Tous avaient tenté en vain plusieurs régimes. Mais souvent, les patients avaient déjà eu recours à la chirurgie bariatrique, et pour certains pas qu'une seule fois. Le risque de telles opérations est que le patient devienne comme consommateur de soins. Certains patients voyaient dans ces opérations un moyen de maigrir rapidement, d'avoir du résultat sur le court terme, de voir un véritable changement. La psychologue peut donc parfois aller à l'encontre de la volonté de ses patients, et peut être opposée à de telles opérations. En essayant de

[1] B. Gohier, S. Richard-Devantoy, D. Denès, A. Salle, G. Becouarn, P. Topart, J.-B. Garré, « Le psychiatre et la chirurgie bariatrique », *Annales médico-psychologiques*, 2010, vol 168 (3).

comprendre pourquoi ses patients mangent, en leur posant des questions sur leur vie privée, en leur proposant une façon de changer leurs habitudes alimentaires, la psychologue cherche à les aider sur le long terme et à leur éviter d'autres opérations chirurgicales. Une personne qui ne change pas ses habitudes alimentaires reprendra du poids sur le long terme malgré l'opération. Cette dernière n'est effectivement pas une solution miracle. Aussi la psychologue doit anticiper et expliquer au patient les réajustements émotionnels entraînés par la chirurgie, prévoir et organiser la prise en charge pré et postopératoire la plus adaptée. Une matrice éthique peut être appliquée à ce cas dans la mesure où la psychologue respecte l'autonomie de la personne, la traite comme une fin et non comme un moyen mais surtout cherche à maximiser le bien-être du patient sur le long terme.

d) Une communication parfois difficile à établir

Au cours de mes différents échanges avec la psychologue, j'ai pu voir que même si certaines informations pouvaient être données aux patients, certains n'en comprenaient pas véritablement tout le sens. Une femme relativement âgée, célibataire, sans enfant est donc venue afin de demander l'opération. Cependant la communication entre elle et la psychologue semblait difficile à établir. La patiente ne comprenait pas les informations bien que celles-ci aient été données de différentes façons. Si l'évaluation est importante, l'explication et son assimilation par le patient le sont tout autant. Chaque médecin a sa spécialité et son point de vue, chacun donne des informations selon sa profession. Cependant pour que certaines informations et explications soient bien comprises et reçues, il semble que la transmission doive se faire avec l'aide de tous les médecins.

2- La transmission de l'information pluridisciplinaire : quelle éthique ?

C'est alors que je me suis demandée comment l'information pluridisciplinaire est-elle transmise ? Parle-t-on d'une ou de plusieurs informations ? Y a-t-il réellement une cohésion dans la transmission de l'information au patient ?

a) L'échange de l'information entre professionnels

Pour que l'évaluation soit véritablement optimale, il faut des connaissances psychiatriques, addictologiques (car ce sont des patients qui développent plus facilement des addictions), des connaissances des troubles alimentaires ou encore des connaissances spécifiques à l'obésité. C'est pourquoi celle-ci doit être réalisée par les différents professionnels : un chirurgien, un médecin spécialiste de l'obésité, un psychiatre ou un psychologue, une diététicienne. Tous doivent faire partie de « l'équipe pluridisciplinaire ». Le simple fait de parler d'équipe sous-tend l'importance d'une communication, d'une discussion entre les membres. Des réunions multidisciplinaires sont supposées avoir lieu afin de permettre un échange avec les autres membres de l'équipe. Au regard de mes différentes lectures, j'ai constaté que ces échanges sont essentiels pour un bon suivi médical. Ils permettront de déterminer le rapport bénéfice-risque de l'intervention, et l'indication ou la contre-indication de la chirurgie pour chaque patient. De plus, les contacts doivent être systématiques avec le médecin demandeur.

Ainsi, j'ai pu constater que l'échange entre les professionnels était central, que ceux-ci sont supposés se concerter et se coordonner pour donner une information adéquate à chaque patient. Ces échanges sont supposés être réguliers entre les différents intervenants. Les réunions facilitent le lien et le partage d'informations avant et après la consultation, ce qui débouche sur une concertation pluridisciplinaire. Au cours de ces réunions, chaque professionnel pourra révéler ce qu'il aura constaté chez chaque patient ce qui pourra donner lieu à une réflexion pluridisciplinaire. Il arrive qu'il y ait des évaluations divergentes, le nutritionniste n'aura pas forcément les mêmes informations que la psychologue. C'est alors que le point de vue de chacun pourra faire évoluer le point de vue des autres, et apporter plus de connaissance pour mieux comprendre les enjeux et ainsi mieux préserver la santé du patient sur le long terme.

En dehors de la bariatrique, j'ai pu constater que les échanges et la communication entre professionnels les aidaient à s'adapter au mieux à chaque patient et à choisir la meilleure option pour celui-ci. J'ai pu notamment assister à une discussion rapide entre plusieurs professionnels, et cette discussion apportait de nouveaux éclairages et faisait évoluer leur point de vue. Il semble donc logique que cela soit le cas également pour la bariatrique. Non seulement cela les aide dans leur travail mais cela les aide à soigner au mieux leur patient et

à informer celui-ci convenablement. Cette démarche a donc comme seul but de maximiser le bien-être du patient encore une fois et s'inscrit dans une volonté d'agir au mieux.

b) Les limites de la transmission des informations et leur problématiques éthiques

Pourtant, s'il est vrai que certains professionnels communiquent et partagent des informations entre eux, cela ne regroupe pas nécessairement toute l'équipe pluridisciplinaire. Ainsi, doit-on parler de plusieurs informations pluridisciplinaires que le patient doit étudier et rassembler seul ? Ce qui risquerait de l'amener à hiérarchiser les informations, et désireux d'avoir du résultat sur le court-terme, il n'est pas impossible que le patient se fie davantage au chirurgien et laisse de côté les conseils du psychologue.

Si la communication entre professionnels est primordiale, la manière dont l'information est transmise au patient est tout aussi importante. J'ai pu assister à des réunions de groupe organisées par la diététicienne et cela en présence de la psychologue. Le fait que les deux professionnels donnent les informations ensemble semblait favoriser l'écoute et la compréhension des patients. Ainsi dans de tels cas, il semble important que l'information, qui est en elle-même pluridisciplinaire, soit relayée communément par les professionnels et tout cela dans l'intérêt du patient. Quand toutes les informations sont rassemblées par les professionnels eux-mêmes, cela facilite la compréhension du patient non seulement de l'opération et de ses répercussions mais aussi une meilleure compréhension du rôle du chacun des professionnels. Dès lors cela permettrait une meilleure adaptation de sa part. Le fait de bien expliquer et de bien comprendre permet une plus grande motivation.

Pourtant il peut arriver que certains chirurgiens donnent des dates d'opération avant même que le patient ait consulté les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Cela change forcément l'approche du patient qui considère son opération comme acquise et laisse l'aspect psychologique de côté. Une telle démarche enlève une forme de crédibilité à la psychologue, qui aura d'autant plus de mal à aider les patients à accomplir un travail sur eux-mêmes et sur le long terme. Dans ce cas, les médecins ne communiquent pas entre eux, mais en plus, cela a des répercussions sur l'information donnée au patient. Cette démarche « individualiste » du chirurgien risque d'avoir un impact sur l'écoute du patient quant à la série de choses que la psychologue ou d'autres sont supposés dire. Une information pluridisciplinaire ne va pas toujours dans le même sens. Il serait même plus approprié de

parler d'informations pluridisciplinaires au pluriel dans ce cas. En effet, des oppositions peuvent parfois exister entre médecins, et si ces divergences sont connues par le patient, cela peut avoir des répercussions sur la clarté et sa compréhension des informations. Ainsi le chirurgien peut finir par nuire à son patient sur le long terme, si ce dernier a pris une décision sans comprendre toutes les conséquences et tous les risques de l'opération.

c) L'idéal d'une transmission centralisée et coordonnée

L'idéal serait que l'information soit centralisée et coordonnée par le médecin référent et que ce dernier présente les consultations au patient en rappelant leur caractère systématique et en rappelant leur intérêt. Son rôle serait d'expliquer au patient l'impact de certains troubles psychopathologiques sur l'évolution post-opératoire, et lui montrer les bénéfices qu'il pourra retirer de leur prise en charge. Cela l'aidera à solliciter plus facilement les professionnels de santé. De plus, lui expliquer que si les dimensions psychiatriques des anomalies du comportement alimentaire ne sont pas repérées et prises en charge, cela pourrait être un frein à une amélioration durable du poids et de la qualité de vie. Le mieux serait de faire comprendre au patient que le but n'est pas d'interdire l'intervention mais de l'aider à bénéficier de la prise en charge qui soit la plus adaptée possible et améliorer sa qualité de vie sur le long terme. Ainsi le patient pourrait comprendre que le personnel médical a besoin de son aide pour l'aider à les repérer et à les prendre en charge de manière adaptée. Une telle présentation centralisée constituerait un levier thérapeutique et favoriserait l'émergence d'une relation thérapeutique de confiance entre le professionnel et son patient.

Les informations doivent être transmises et expliquées de manière commune et homogène, afin que toutes les informations soient prises en considération par le patient. Car ces informations entraineront un choix qui aura un impact direct et définitif sur sa vie.

IV. Conclusion

Ainsi, la chirurgie bariatrique soulève des problèmes complexes tant par les multiples origines de l'obésité que par l'évaluation pluridisciplinaire qu'elle nécessite. Les patients demandeurs d'une telle opération ne sont pas toujours suffisamment informés des risques que peut comporter une telle opération. Le rôle des médecins est alors de déconstruire leur consentement initial, pour en construire un autre plus informé. Le personnel médical doit montrer au patient que ces opérations s'inscrivent sur le long terme. Les patients vont voir différents professionnels qui leur donnent des informations quant à l'opération. Ces informations pluridisciplinaires sont souvent transmises de manière trop individualiste alors qu'il faudrait favoriser une cohésion dans la transmission de l'information. Les médecins entre eux doivent communiquer et se transmettre des informations pour évaluer au mieux le patient. Et ces informations doivent être relayés de manière commune par les professionnels afin de favoriser une meilleure compréhension du patient et éviter une hiérarchisation subjective des informations. Toutes ces démarches doivent se faire dans l'intérêt du patient, afin de ne pas lui nuire et de maximiser son bien-être.

Bibliographie

Articles :

BASDEVANT A., *Médecine et traité de l'obésité,* Paris, Médecine-Sciences, 2004.

BRUNAULT P., GOHIER B., DUCLUZEAU P.-H., BOURBAO-TOURNOIS C., FRAMMERY J., REVEILLERE C., BALLON N., « *L'évaluation psychiatrique, psychologique et addictologique avant chirurgie bariatrique : que fait-il évaluer en pratique, pourquoi et comment ? », La Presse Médicale,* 2016, vol.45 (1), pp. 29-39.

GOHIER B., RICHARD-DEVANTOY S., DENES D., SALLE A., BECOUARN G., TOPART P., GARRE J.-B., « *Le psychiatre et la chirurgie bariatrique », Annales médico-psychologiques*, 2010, vol 168 (3).

Emissions :

France Culture, *Géopolitique de l'obésité*, 10 mars 2018, disponible sur https://www.franceculture.fr/emissions/affaires-etrangeres/geopolitique-de-lobesite consulté le 10 mai 2019.