



ObéCentre



L'évaluation et la prise en charge psychologique et psychiatrique en parcours de chirurgie bariatrique

JRO Orléans, le 04/03/2025

Pr Paul Brunault - Psychiatre et Addictologue – PU-PH
CHRU de Tours – Département d'Addictologie – ELSA-37
& INSERM U1253 iBrain & EE 1901 QualiPsy

Déclaration de liens d'intérêts – PB

Essais cliniques : en qualité de co-investigateur, expérimentateur non principal, collaborateur à l'étude	D&A Pharma (2013)
Conférences : invitations en qualité d'intervenant	Lundbeck (2014-2015), Astra Zeneca (2016), Roche (2013)
Conférences : invitations en qualité d'auditeur (frais de déplacement et d'hébergement pris en charge par une entreprise)	Lundbeck (2014)

Introduction

Indications de la chirurgie de l'obésité

- $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ou $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ avec comorbidité (HTA, SAOS, diabète, arthropathies, ...)
- En 2^{nde} intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant durée > 6 à 12 mois
- En l'absence de perte de poids suffisante
- Patients bien informés, évaluations préopératoires obligatoires dont évaluation psycho/ psychiatrique, nutritionnelle et diététique
- Ok pour suivi médico-chir à long terme
- Pec par des équipes pluridisciplinaires, en lien avec le médecin traitant
- Introduction récente de l'évaluation addictologique

1. Indications de la chirurgie bariatrique

R1. La prise en charge des patients candidats à une intervention de chirurgie bariatrique doit s'intégrer dans le cadre de la prise en charge médicale globale du patient en situation d'obésité (AE).

R2. La chirurgie bariatrique est indiquée par décision collégiale prise après discussion et concertation pluridisciplinaire (AE), chez des patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :

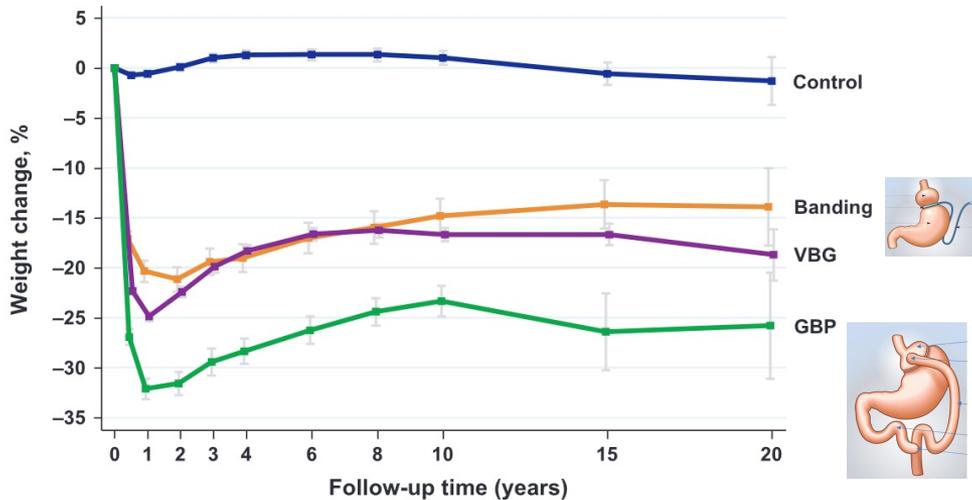
- patients avec un IMC ≥ 40 kg/m² (IMC maximal atteint et objectivé lors d'une consultation) ou ;
- patients avec un IMC compris entre 35 et 40 kg/m² associé à au moins une comorbidité sévère susceptible d'être améliorée après la chirurgie (cf. Liste Tableau 1) ;
- la chirurgie bariatrique est un traitement de deuxième intention :
 - après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois (grade B),
 - en l'absence de perte de poids suffisante ou en l'absence de maintien de la perte de poids (grade B),
 - chez des patients bien informés au préalable (AE), ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoire pluridisciplinaire d'au moins 6 mois (les éléments de préparation étant tracés, documentés avec des objectifs précis) (grade C),
 - chez des patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme (AE),
 - chez des patients ayant un risque opératoire acceptable (AE) ;
- une perte de poids avant la chirurgie n'est pas une contre-indication à la chirurgie bariatrique déjà planifiée, même si le patient a atteint un IMC inférieur au seuil requis (AE).

Chirurgie de l'obésité

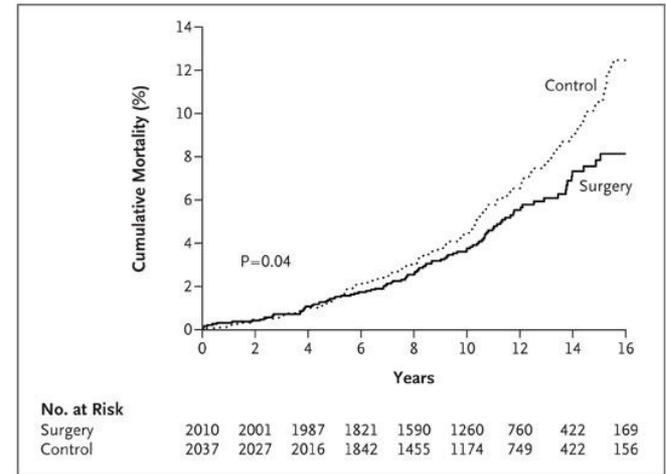


2,8%
des Français ont été opérés d'une chirurgie bariatrique par anneau, sleeve ou bypass pour traiter un problème de poids

Par sleeve : 1,2%
Par bypass (court-circuit) : 1,0%
Par anneaux : 0,8%

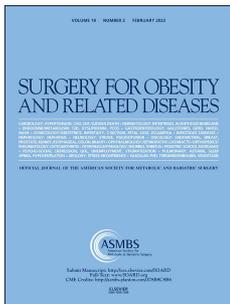


No. examined	0	2	4	6	8	10	15	20
Control	2037	1490	1242	1267	556	176		
Banding	376	333	284	284	150	50		
VBG	1369	1086	987	1007	489	82		
GBP	265	209	184	180	37	13		

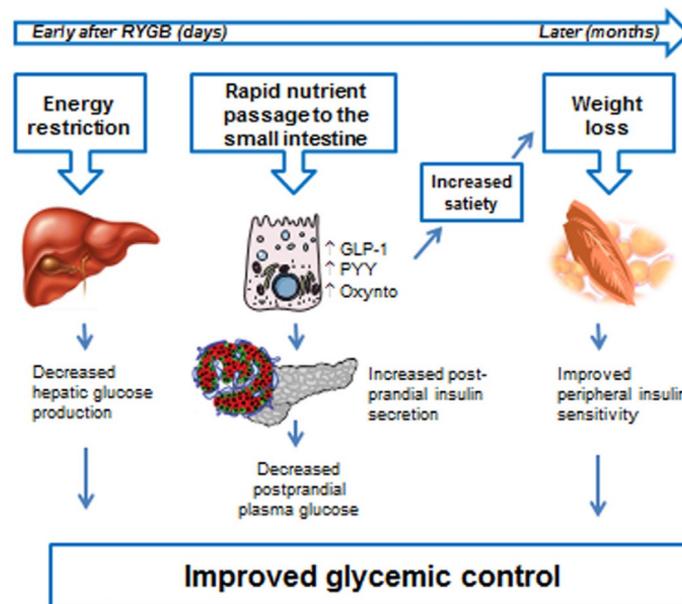


*Mécanismes explicatifs ?
Et sur le plan psychiatrique/psychologique?
Quelle place du psychiatre
et du psychologue ?*

Quels sont les changements induits par la chirurgie de l'obésité ?



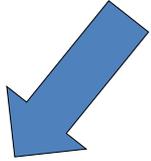
Mechanisms in bariatric surgery: Gut hormones, diabetes resolution, and weight loss



Modified from Dirksen et al 2012 Diabetologia

Holst et al. 2018 Surg Obes Relat Dis

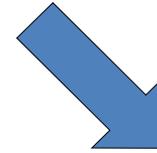
Objectifs de la chirurgie



Perte de poids
durable

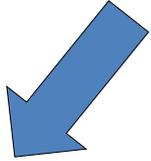


Meilleure
qualité de vie



Amélioration
des comorbidités
somatiques
(diabète, hypertension,...)

Objectifs de la chirurgie

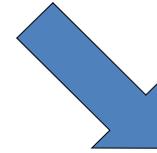


Perte de poids durable

1 patient sur 5
ne perd pas le
poids attendu



Meilleure
qualité de vie

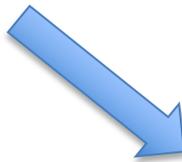


Comorbidités somatiques
(diabète, hypertension,...)

Prédicteurs
d'évolution
postopératoire ?



Ces 3 mesures ne sont pas toujours corrélées



Pourquoi une évaluation psychologique ou psychiatrique pré-opératoire systématique ?

Chez les patients avec obésité, les troubles psychiatriques et les addictions ...

- Sont plus fréquents qu'en population générale ?
- Peuvent être des facteurs de risque d'évolution péjorative ? (quand ils sont insuffisamment traités)
 - Perte de poids
 - Qualité de vie
 - Observance au long cours
- Sont des contre-indications potentielles à la chirurgie ?
 - Réévaluables à distance d'une prise en charge efficace

Les troubles psychiatriques et psychologiques
sont-ils plus fréquents chez les personnes en
situation d'obésité ?

Obésité, troubles psychiatriques et addictions



Obésité n'est pas synonyme de troubles psychiatriques ou d'addictions, mais est plus fortement associée à ...

Obésité

Troubles du comportement alimentaire
Hyperphagie boulimique (10-20%)

Troubles délirants (schizophrénie)

Troubles de l'humeur RR*2 (dépression, trouble bipolaire)

Troubles anxieux RR*2 (phobie sociale)

Troubles addictifs (alcool, substances illicites)

Traumatismes psychiques

Troubles de la personnalité RR*2

Petry 2008 Psychosomatic Medicine

Luppino 2010 Arch Gen Psychiatry

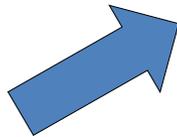
Prévalences moyennes de troubles psychiatriques en préopératoire chez les patients candidats à une chirurgie de l'obésité (méta-analyse)

Condition	Studies Reporting Data	Patients Reporting Data	Patients With Condition	Prevalence Estimate, % (95% CI) ^a
Au moins un trouble de l'humeur	10	3307	788	23 (15-31)
Dépression	34	51 908	12 009	19 (14-25)
Hyperphagie boulimique	25	13 769	2400	17 (13-21)
Anxiété	22	38 459	10 515	12 (6-20)
Idées suicidaires	6	3518	315	9 (5-13)
Troubles de la personnalité	6	3002	184	7 (1-16)
Troubles de l'usage de substance	19	40 725	1515	3 (1-4)
Trouble de stress post-traumatique	10	15 039	187	1 (1-2)
Troubles délirants	6	3406	31	1 (0-1)

Obésité, troubles psychiatriques et addictions



Obésité n'est pas synonyme de troubles psychiatriques ou d'addictions, mais ...



Troubles du comportement alimentaire
Hyperphagie boulimique (10-20%)

Obésité



APPROVED

DSM-5

Crises de boulimie = binge eating = accès hyperphagique



- **Prise alimentaire massive** (> 1 repas)
- **Période de temps limitée** (max 2h)
- **Perte de contrôle** pendant la crise

« Avez-vous déjà eu des moments où vous aviez l'impression de ne pas pouvoir contrôler la quantité de ce que vous mangiez ? »

PUIS

Évaluation de la quantité et du temps passé

Spécifier si crises avec ou sans conduites visant à contrôler le poids (ex. **comportements compensatoires**) :

« Vous est-il déjà arrivé de vomir après ces crises ? »

« Faites-vous beaucoup de sport pour éliminer cela ? »

« Prenez-vous des laxatifs ? »

« Sautez-vous des repas ? »

1^{ère} description
Albert Stunkard
1959

Hyperphagie boulimique = Binge eating disorder = BED

Intégration DSM-5
2013

1



+ 2



- Pas de stratégie de
contrôle du poids
(vomissements, laxatifs,
...)

- **Prise alimentaire massive** (> 1 repas)
- Période de temps limitée (max 2h)
- **Perte de contrôle pendant la crise**
- (\pm Culpabilité) (non systématique)

Accès hyperphagiques
(=binge eating) réguliers

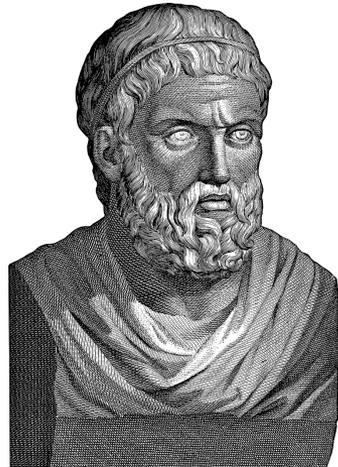


... ou autres
stratégies de
contrôle du poids

Sans stratégies compensatoires

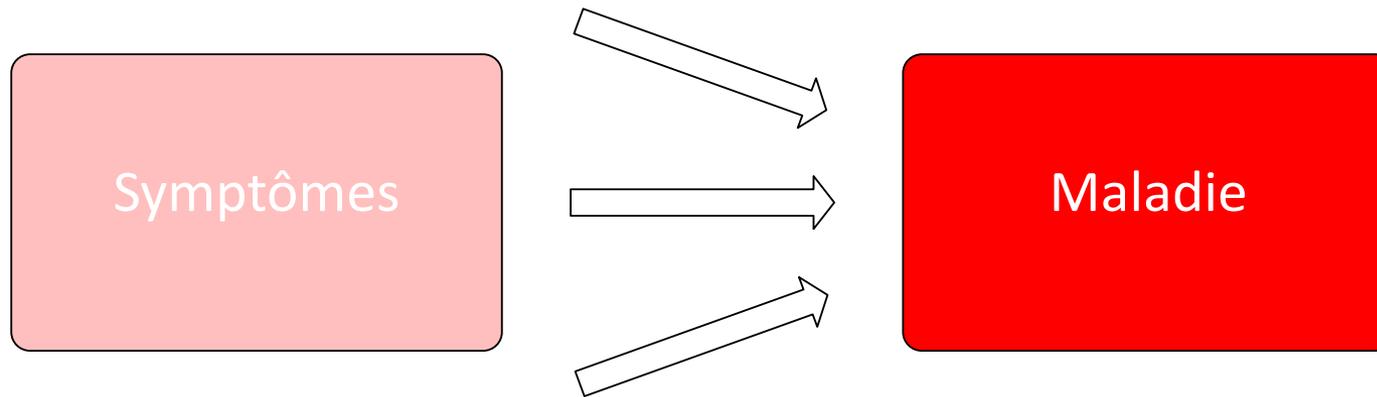
Hyperphagie boulimique : considérations cliniques pratiques ...

- Prévalence (Fr): 2 à 3%. Seuls 10% consultent pour leur BED
- Diagnostic largement sous évalué malgré prévalence élevée : pourquoi ?
 - Cliniciens : confusion BED vs. hyperphagie prandiale ou compulsions
 - Patients : difficultés à évaluer ses propres symptômes
 - Intégration DSM-5 récente : le BED est-il vraiment une maladie ?



« Ce qu'on cherche,
on peut le découvrir,
ce qu'on néglige
échappe »
(Sophocle)

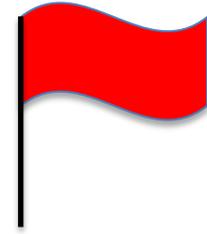
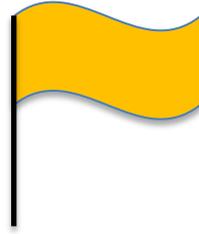
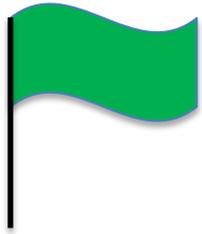
Bien distinguer les symptômes alimentaires vs. les troubles des conduites alimentaires



Hyperphagie prandiale
Restriction cognitive
Grignotage
Perte de contrôle alimentaire
Crise de boulimie

Anorexie mentale 1873 (Lasègue)
Boulimie nerveuse 1979 (Russell)
Hyperphagie boulimique 2013 (DSM-5)

Des désordres alimentaires aux troubles des conduites alimentaires ...



Pas de TCA
et pas de
symptôme
alimentaire

Hyperphagie
prandiale
Grignotages

Restriction
cognitive

*Crises de
boulimie*

Tachyphagie

Perte de
contrôle
alimentaire

Hyperphagie
boulimique

Boulimie



Fédération Française Anorexie Boulimie
French Federation Anorexia Bulimia

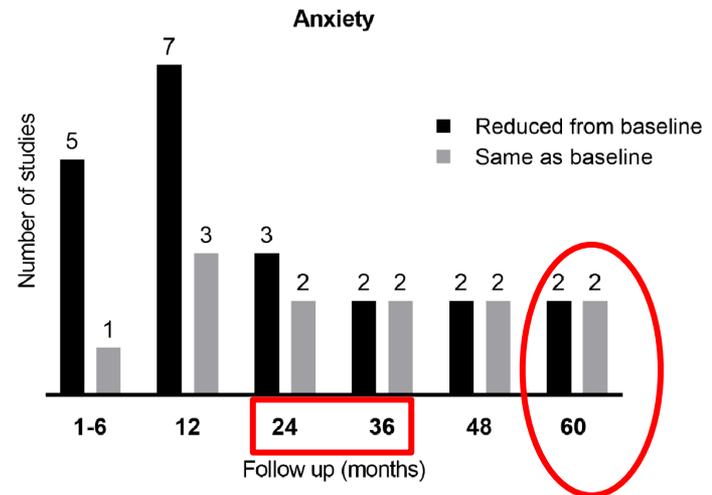
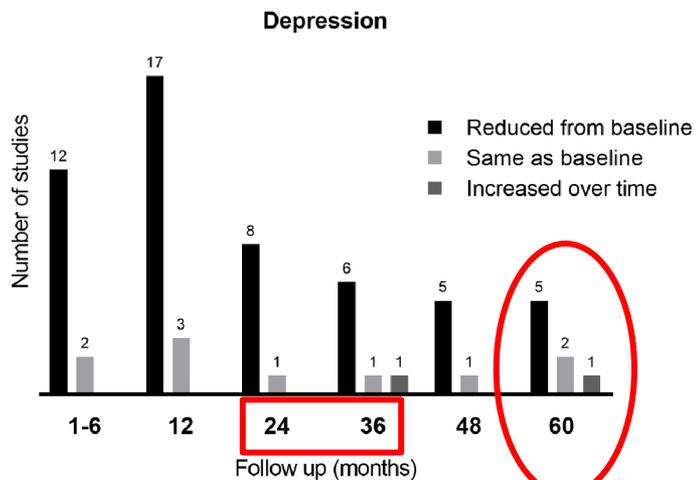
E-learning FFAB – DGS – courant 2025
TCA en situation d'obésité

Anorexie
mentale

Chirurgie de l'obésité : quelle évolution psychiatrique et psychologique ?



Quelle évolution des symptômes dépressifs et anxieux après chirurgie ? Une revue systématique



MAIS



Risque suicidaire



Séparations

*Spirou 2020 Obes Rev
Peterhänsel et al. 2019 Obes Surg*

Quelle évolution du comportement alimentaire après chirurgie ? Une revue systématique



Si rechute :
 tableau complet d'hyperphagie boulimique plus rare, mais perte de contrôle sur l'alimentation +++



Spirou 2020 Obes Rev
Opozda 2016 Obes Rev

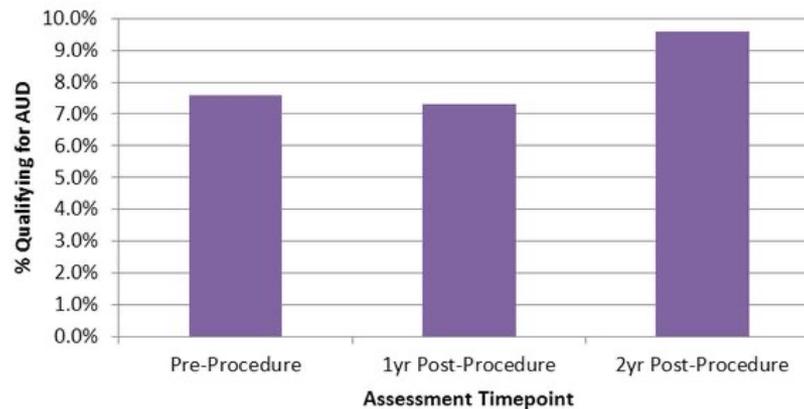
Transfert d'addiction après chirurgie bariatrique : fact or fiction ?

Prevalence of Alcohol Use Disorders Before and After Bariatric Surgery

King et al. 2012

Cohorte « Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery-2 »

1945 patients



Facteurs associés ?

Sexe masculin

Jeune âge

Usage tabac

Usage autres substances

Faible soutien social

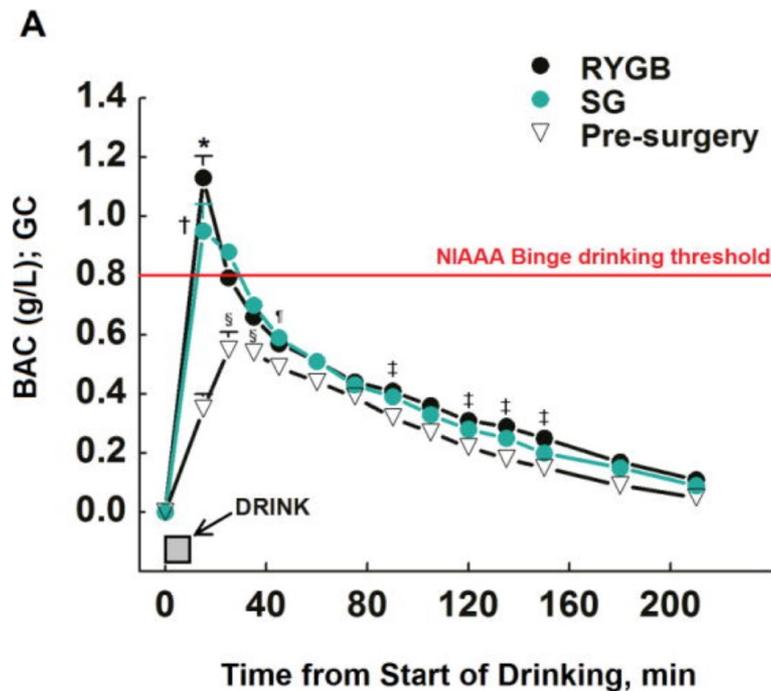
RYGB

Questionnaire AUDIT à 3 temps

Troubles de l'usage d'alcool avant, 1 an après et 2 ans après chirurgie

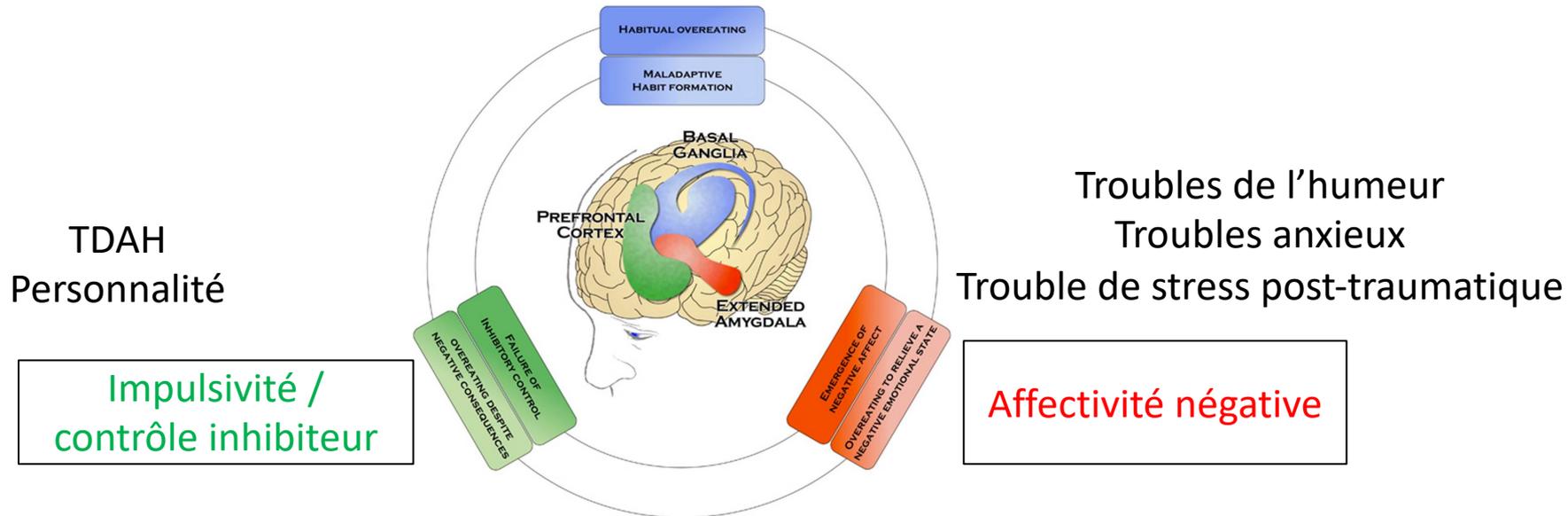
Comment expliquer ce phénomène ?

« Quand 2 verres en deviennent 4 » :
augmentation absorption ?



Facteurs de risque psychobiologiques communs aux addictions

Formation des habitudes / conditionnement



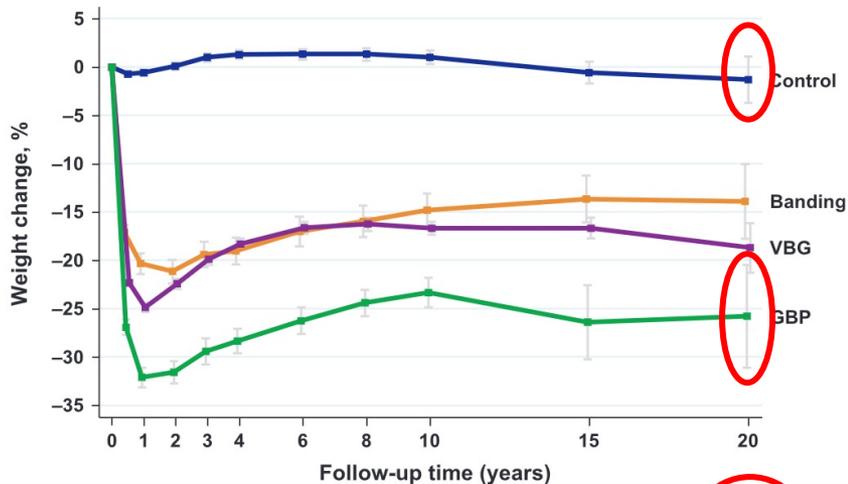
*Bogusz et al. 2020; Belin et al. 2013
Noel et al. 2013; Blaszczynski et Nower, 200
Moore et al. Neuropsychopharmacology 2017*

Addictions après chirurgie bariatrique ...

- Ce que l'on sait ...
 - Augmentation générale du risque addictif (alcool notamment)
 - Risque (RYGB) > (Sleeve) > (non opérés)
 - Pas limité aux personnes avec ATCD de trouble addictif
 - Apparaît 2 ans après chirurgie, augmente avec le temps
 - Association avec certains facteurs de moins bon pronostic (mais pas le poids)
- Ce qui reste à élucider ...
 - Mécanismes sous-jacents ? Facteurs de risque psychiatriques ?
 - Extension aux autres addictions, notamment comportementales ?
 - Tester l'efficacité d'interventions précoces ciblées ?

Les troubles psychiatriques et psychologiques
ont-ils un impact sur le pronostic post
opératoire ?

Impact des troubles psychiatriques sur le pronostic post opératoire des patients ?



No. examined	0	1	2	3	4	6	8	10	15	20
Control	2037	1490	1242	1267	556	176				
Banding	376	333	284	284	150	50				
VBG	1369	1086	987	1007	489	82				
GBP	265	209	184	180	37	13				

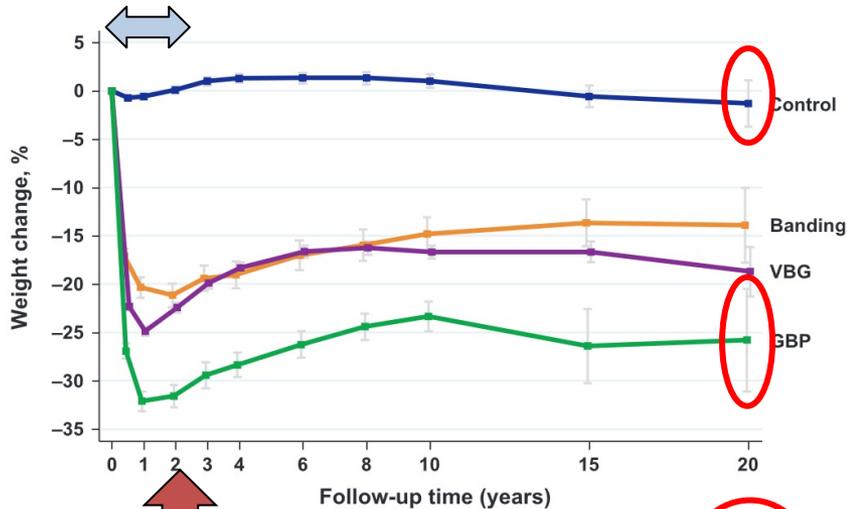
Impact des troubles psychiatriques sur l'évolution postopératoire ?

- *Après* chirurgie : impact défavorable sur poids et qualité de vie post-op
 - *Avant* chirurgie : résultats non consensuels (même pour binge eating)
- Seule association robuste : impact défavorable troubles de la personnalité et impulsivité sur poids postop

30% de perdus de vue?

Livhits et al. 2012 Obes Surg
Generali et al. 2018 Curr Obes Rep
Switzer et al. 2016 Ann Surg

Impact des troubles psychiatriques sur le pronostic post opératoire des patients ?



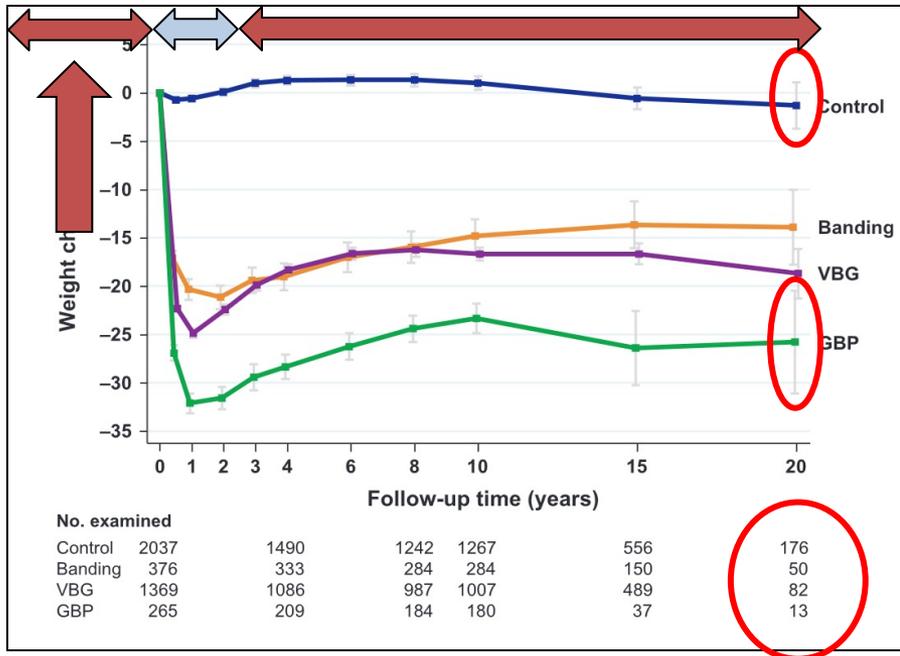
No. examined

Control	2037	1490	1242	1267	556	176
Banding	376	333	284	284	150	50
VBG	1369	1086	987	1007	489	82
GBP	265	209	184	180	37	13

- Alcool... 
- Suicide... 
- Anxiété... 
- Binge eating...
- Dépression... 
- Qualité de vie...



La chirurgie de l'obésité : une fenêtre d'opportunité de changement ?



Hypothèse de « l'opportunité du changement » ?

Quid des troubles psychiatriques et dimensions psychologiques prédisposant à une moindre adaptation à ce « stresser » ?

Quelles implications pratiques ?

Contre indications à la chirurgie bariatrique (HAS 2009)



- Trouble du comportement alimentaire sévère et non stabilisé
- Addiction à l'alcool ou aux substances psychoactives
- Absence de prise en charge médicale préalable identifiée
- Incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé
- Troubles cognitifs et mentaux sévères

- CI à l'anesthésie / Pronostic vital engagé à court terme

Contre indications à la chirurgie bariatrique (Mise à jour HAS 2024)

- ~~Troubles cognitifs et mentaux sévères~~
- Troubles psychiatriques sévères et non stabilisés (troubles psychotiques, épisodes dépressifs sévères en cours)
- ~~Addiction à l'alcool ou aux substances psychoactives~~
- Troubles de l'usage d'alcool et de substances licites et illicites en cours
 - En cas d'antécédent de conduite addictive, il convient d'associer une addictologue à la décision de chirurgie bariatrique
- ~~TCA sévère et non stabilisé~~
- Trouble du comportement alimentaire de caractère impulsif et/ou compulsif (compulsions, accès de boulimie, hyperphagie boulimique et boulimie)
- Absence de prise en charge médicale préalable identifiée
- Difficulté prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé



+ Cirrhose Child B ou C / Cancer récemment diagnostiqué ou en cours de ttt/ ...

HAS 2024

Contre indications à la chirurgie bariatrique (HAS 2024)

- Troubles psychiatriques sévères et non stabilisés (troubles psychotiques, épisodes dépressifs sévères en cours)
- Troubles de l'usage d'alcool et de substances licites et illicites en cours
 - En cas d'antécédent de conduite addictive, il convient d'associer une addictologue à la décision de chirurgie bariatrique
- Trouble du comportement alimentaire de caractère impulsif et/ou compulsif (compulsions, accès de boulimie, hyperphagie boulimique et boulimie)
- Difficulté prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé

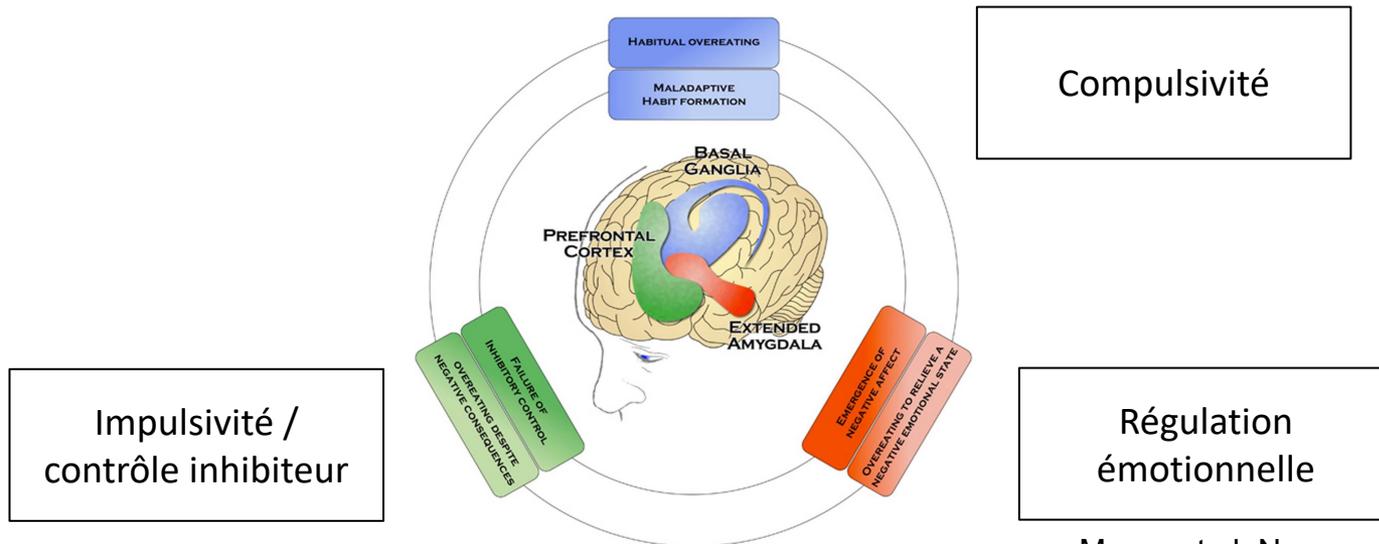


Intégrer les facteurs de risque de ces troubles (dont l'hyperphagie boulimique) dans l'évaluation et la prise en charge

Repérer pour mieux prendre en charge



Intégrer les facteurs de risque de ces troubles (dont l'hyperphagie boulimique) dans l'évaluation et la prise en charge



Comment présenter la consultation psychiatrique ou psychologique ?

- Consultation pouvant être perçue comme stigmatisante par le patient vs. besoin de fiabilité de l'entretien
- « Pourquoi moi ? »
 - Réalisation systématique pour tout patient opéré (HAS 2009 et 2024)
- « Quel intérêt pour moi ? »
 - Réalisée dans l'intérêt du patient (optimiser la perte de poids et l'évolution post opératoire)
 - Rôle d'accompagnement >> rôle de couperet (oui/non)
 - Les troubles psychiatriques : conséquences de l'obésité ?
- « Cela va t'il m'interdire l'opération ? »
 - Pas nécessairement de rôle de couperet définitif (sauf exceptions)
 - Décision finale reste pluridisciplinaire et non limitée à l'évaluation psychiatrique



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte

www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Évaluation psychiatrique, psychologique et addictologique en chirurgie de l'obésité : repérer précocement pour mieux accompagner



Psychiatric, psychological and addiction assessment in obesity surgery: Early identification for better support

P. Brunault^{a,b,c,d,*}, C. Bourbao-Tournois^{d,e},
N. Ballon^{a,b,d}, A. de Luca^{d,f,g}

Il existe une offre de formation riche en région Centre-Val de Loire sur l'alimentation, les TCA et les addictions !



Diplôme Inter-Universitaire

Addictologie : Troubles de l'usage de l'alcool



et Capacité
d'Addictologie



DU
Alimentation-
santé

iehca

INSTITUT EUROPÉEN
D'HISTOIRE ET DES CULTURES
DE L'ALIMENTATION



Nutrition
Croissance
Cancer



UNIVERSITÉ
DE MONTPELLIER

DIU Troubles du
comportement
alimentaire



Création de l'Unité de Soins Complexes en
Addictologie au sein du
Nouvel Hôpital de Psychiatrie
Prévision ouverture : **fin 2025**
(12 lits hospitalisation temps plein)

Recrutement en cours d'un psychiatre et
de professionnels paramédicaux
N'hésitez pas à candidater !

[paul.brunault\(at\)univ-tours.fr](mailto:paul.brunault(at)univ-tours.fr)



ObéCentre



Remerciements

Pour aller plus loin:

- Recommandations HAS – chirurgie de l'obésité 2024
- « Psychopathology, disordered eating, and impulsivity as predictors of outcomes of bariatric surgery » Sarwer et al. 2019 Surg Obes Relat Dis
- Numéro spécial Journal de Chirurgie Viscérale « Obésité et troubles métaboliques en 2023 » dont « Évaluation psychiatrique, psychologique et addictologique en chirurgie de l'obésité : repérer précocement pour mieux accompagner »