

## 1) LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

## 2) LA BOULIMIE

## 3) ADDICTION SANS DROGUE, JEU PATHOLOGIQUE

**Dr Fabienne CRIQUY** MG Spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire  
Haguenau

**Traitement chirurgical de l'obésité**

**Une addiction sans substance ?**

**Dr Christian BUCHER**, Psychiatre  
Attaché au CSAPA du CH Haguenau  
Expert près la Cour d'Appel de Metz



# LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

Traitement chirurgical de l'obésité

# Invitation téléphonique à la soirée FMC par le Dr F.CRIQUY



Dr Fabienne CRIQUY  
MG Spécialisée dans les troubles  
du comportement alimentaire  
Haguenau  
(Cliquez sur l'image)

Si vous ne pouvez entendre le message sonore, il  
vous faut télécharger « VLC Média Player »



PC



MAC

# GENERALITES

- Sujet à la mode très médiatisé que l'on présente comme le remède à l'obésité
- 32 % des français sont en surpoids et 15 % sont considérés comme obèse ( IMC sup à 30 )
- L'obésité a progressé en 5 ans et l'obésité morbide IMC sup à 40 a doublé pendant cette période
- Pour la chirurgie bariatrique , la prise en charge est pluridisciplinaire



# INDICATIONS

- IMC sup ou égal à 40 ou IMC sup ou égal à 35 en cas de co-morbidités sévères associées.
- Après échec d'un traitement médical, nutritionnel et psychothérapique bien conduit pendant 6 mois-1 an.
- En l'absence de perte de poids suffisante ou en absence de maintien de la perte de poids.
- Patients bien informés avec prise en charge pluridisciplinaire pré op.
- Patients ayant compris et accepté la nécessité d'une surveillance à long terme, avant et après l'opération.
- Risque opératoire acceptable.



# CONTRE-INDICATIONS

- Les troubles cognitifs et mentaux sévères
- Les troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire
- L'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé
- Les addictions: alcool et toxicomanie
- L'absence de prise en charge médicale préalable
- Les maladies mettant en jeu le pronostic vital à court et moyen terme
- Les contre-indications à l'anesthésie



# LIMITE D'AGE

■ Supérieure :

60-65 ans de manière  
empirique

■ Inférieure

16-18 ans



# TECHNIQUES CHIRURGICALES

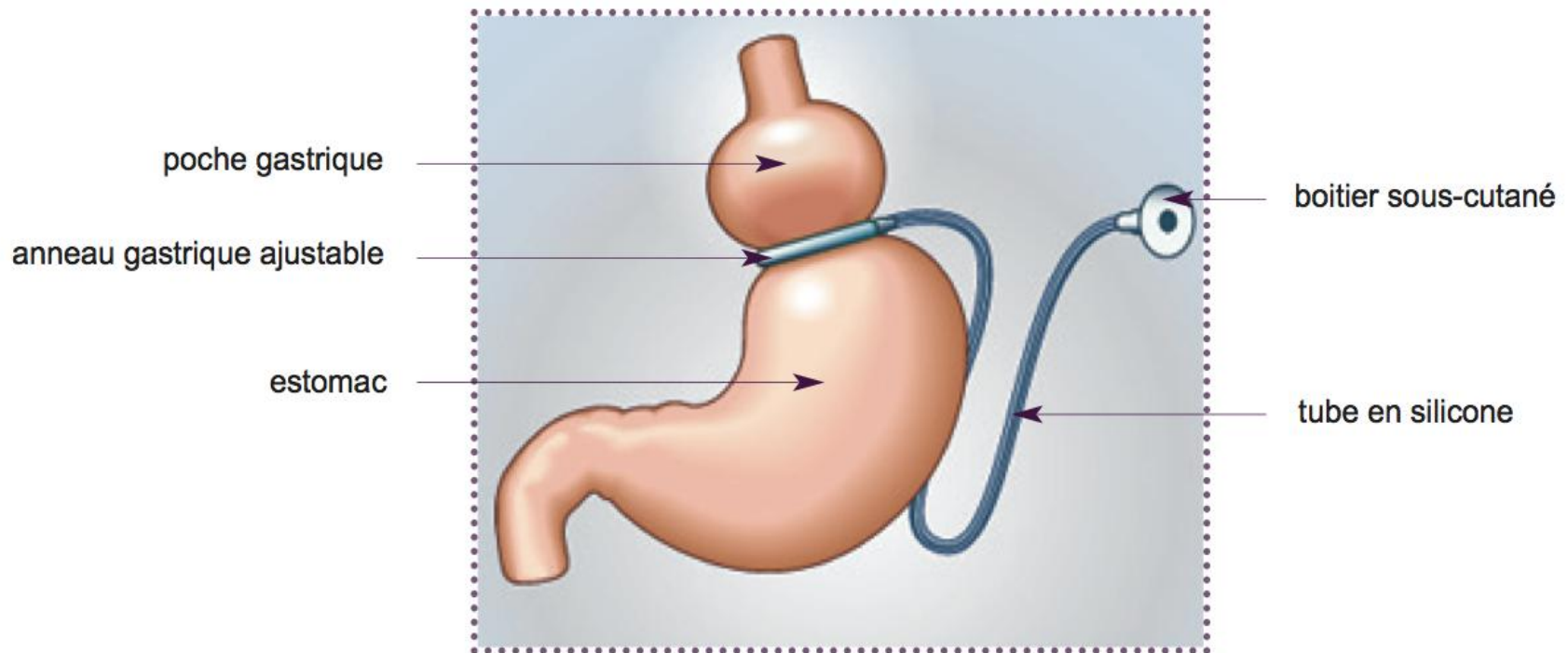
- Les interventions **restrictives** pures : réduction de la capacité gastrique
- Les interventions **malabsorptives** pures : réduction de l'absorption intestinale. Technique abandonnée
- Les interventions **mixtes** : restrictives et malabsorptives



# Intervention restrictive pure

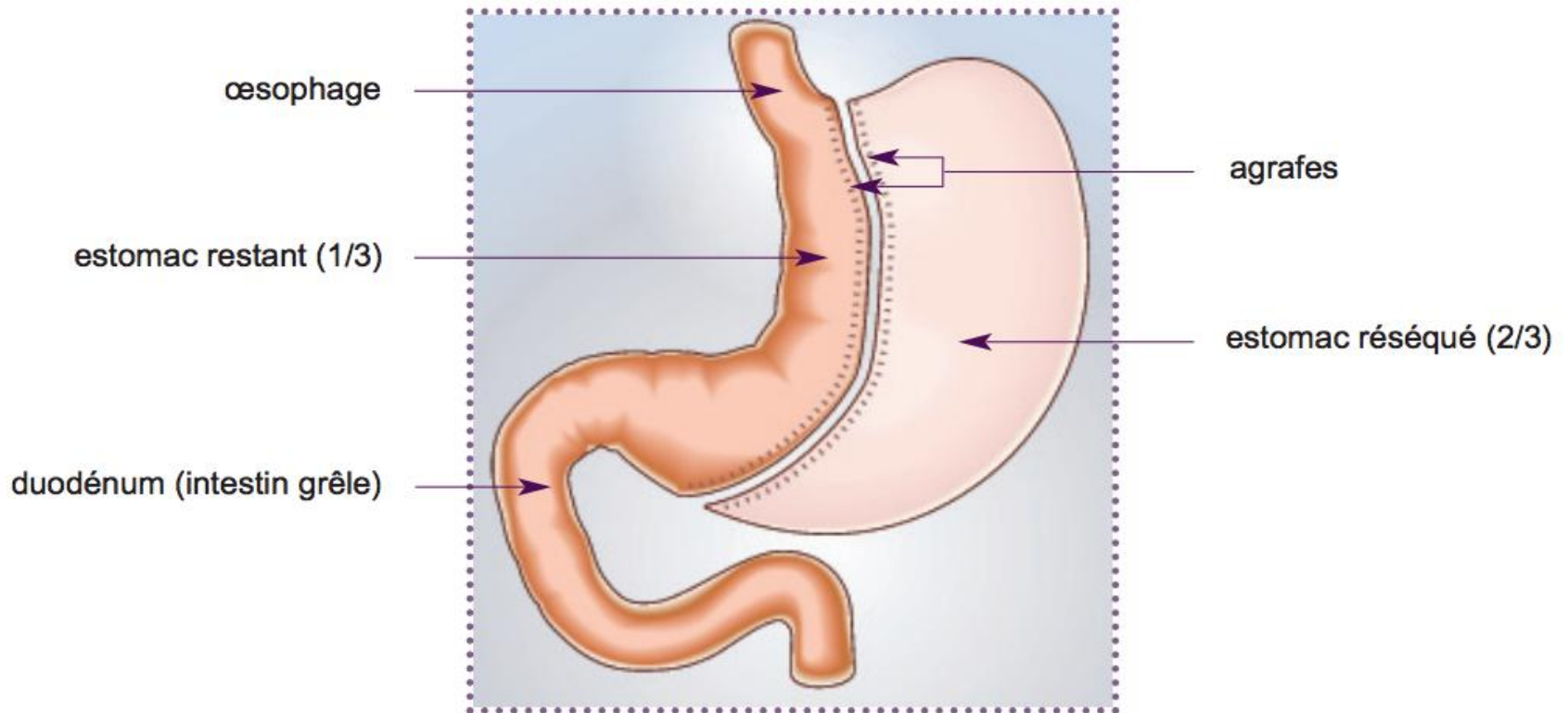


## Technique de l'anneau gastrique ajustable



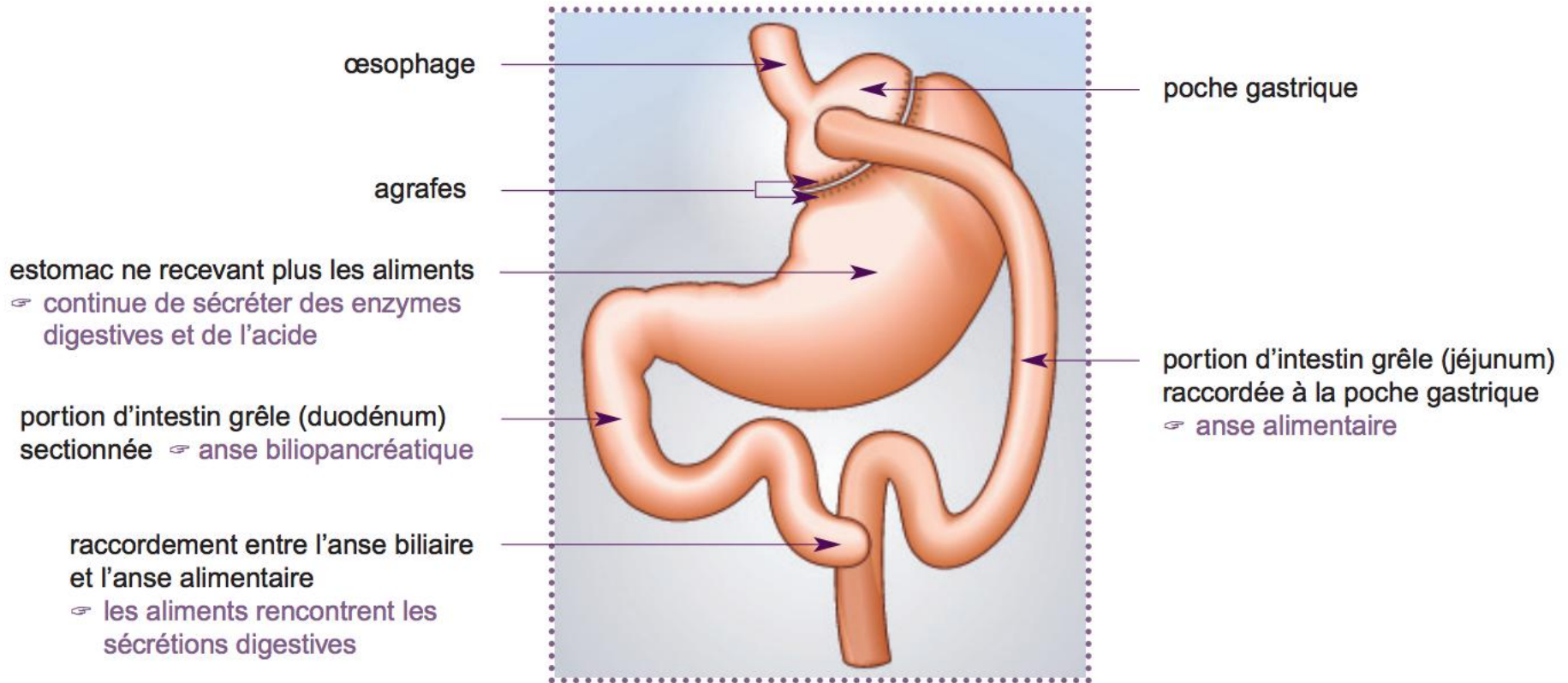
# Intervention restrictive pure

## Technique de la gastrectomie longitudinale (ou gastrectomie en manchon ou *sleeve gastrectomy*)



# Intervention mixte

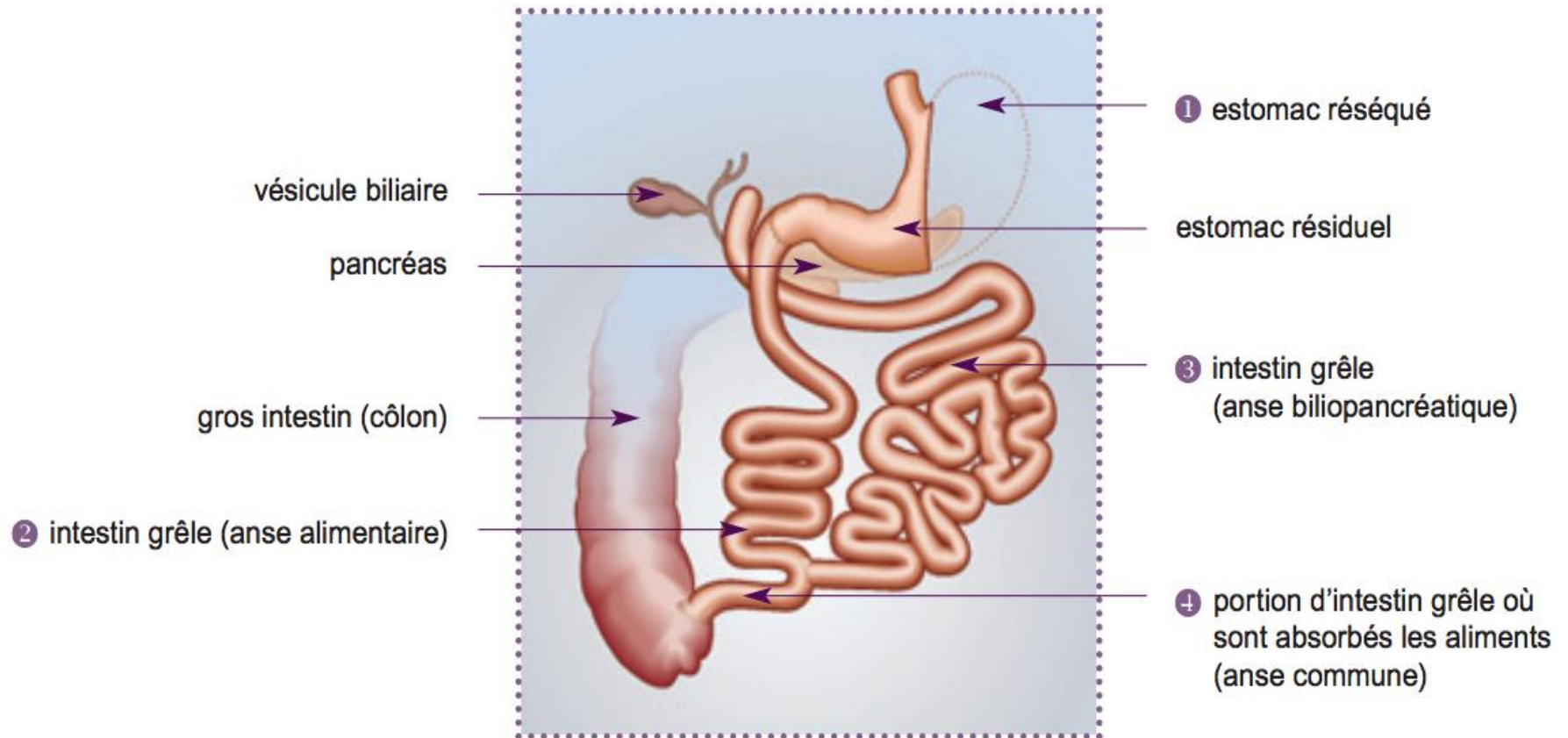
## Technique du *bypass* gastrique (ou court-circuit gastrique)



# Intervention mixte



## Technique de la dérivation biliopancréatique



# CHOIX DU TYPE D'INTERVENTION

## ■ Restrictive pure:

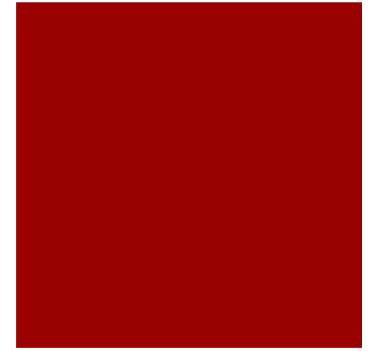
- Sujet jeune
- Absence de co-morbidité
- Hyperphagie nette
- Peu ou pas de consommation de boissons sucrées
- Efficacité de la restriction seule
- Etat psychique stable
- IMC inf 50
- Pas de RGO et de hernie hiatale franche

## ■ Mixte:

- Sujet « agé »
- Complications surtout métaboliques
- Sexe masculin ou répartition androïde des graisses
- Peu ou pas d'hyperphagie
- Consommation sucrée
- ATCD dépressifs
- IMC sup 50
- Contrôle du mode alimentaire incertain
- RGO ou hernie hiatale franche

# AVANT L'INTERVENTION

- Bilan et prise en charge des co-morbidités
- Évaluation du comportement alimentaire et prise en charge des troubles associés.
- Bilan nutritionnel et vitaminique
- Gastroskopie et recherche d'hélicobacter pylori
- Education nutritionnelle et physique
- Évaluation psychologique et psychiatrique



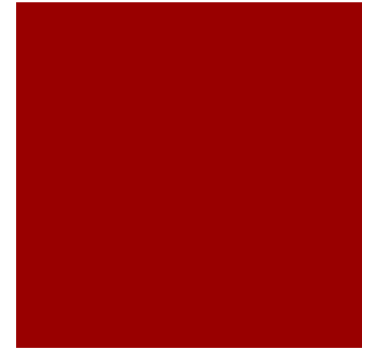
# APRES L'INTERVENTION

- Suivi toute la vie, 4x/an la première année puis 1 à 2 x/an les années suivantes
- Prévention et recherche des carences vitaminiques et nutritionnelles ( supplémentation à vie en vitamines et oligoéléments pour les chirurgies malabsorptive et mixte )
- Contrôle du montage chirurgical
- Suivi des recommandations diététiques et sportives
- Accompagnement psychologique recommandé
- Chirurgie réparatrice possible après stabilisation du poids, 12 à 18 mois après la chirurgie bariatrique



# RESULTATS

- Les résultats sont considérés comme bons à partir de 50% de perte d'excès de poids. Réalisables avec toutes les techniques. Un plus de 5-10 % avec le baypass.
- Les résultats sont considérés comme mauvais en deçà de 25%.
- Une étude suédoise « SOS », sur 10 ans et plus , avec 2 cohortes ( opérée et non opérée ) montre une réduction de 24,6 % sur la mortalité totale et de 31,6 % du taux de mortalité ajusté sur les facteurs de risque.





# CONCLUSION

- L'objectif de la chirurgie bariatrique , quand il n'y a pas d'autre alternative, est d'obtenir une perte de poids durable et suffisante pour améliorer la qualité de vie et diminuer les risques liés aux co-morbidités du patient obèse.
- Les indications à la chirurgie bariatrique sont bien codifiées mais le choix du type d'intervention l'est beaucoup moins.





# LA BOULIMIE

---

UNE ADDICTION SANS  
SUBSTANCE?

La boulimie n'est pas considérée comme une addiction à la nourriture mais une addiction à un comportement , celui de se remplir.

# DEFINITIONS

---

# La boulimie : un trouble alimentaire comme

- L'anorexie
- L'orthorexie : psychorigidité par rapport à l'alimentation
- Le BED=Binge eating disorder : hyperphagie boulimique
- Le grignotage pathologique
- Le NES=night eating syndrome : ingestion alimentaire nocturne
- La PICA : ingestion de choses non comestibles
- Le mérycisme : régurgitation et remastication

# DSM-IV

- 1) Absorption en un temps limité d'une grande quantité d'aliments avec la notion de perte de contrôle
- 2) Comportements compensatoires inappropriés et récurrents pour ne pas prendre du poids ( laxatifs, vomissements, diurétiques, exercices physiques, jeûne)
- 3) 2x par semaine pendant au moins 3 mois
- 4) Estime de soi excessivement influencée par le poids et la silhouette
- 5) Ne se retrouve pas exclusivement dans l'anorexie mentale

# EPIDEMIOLOGIE

- Plutôt sexe féminin : 10 F pour 1 H , pour le BED  
6 F pour 1 H
- Age entre 14 et 35 ans
- 3 à 12 % des jeunes femmes sont boulimiques
- 20 % des personnes en surpoids souffrent de BED ou de grignotage pathologique

# Typologie

- Boulimique avec anorexique : maigreur
- Boulimique à poids normal : repas normaux avec crise de boulimie et phénomène compensatoire
- Boulimique obèse : repas normaux ou riches avec crise de boulimie sans phénomène compensatoire



# ETIOPATHOGENIE

Hypothèses

# Première hypothèse

## ***Boulimie conséquence d'une restriction chronique.***

Cette restriction va entraîner une carence en hydrate de carbone complexe qui génère un défaut de transport en tryptophane et donc un déficit en sérotonine.

Ce déficit lui même responsable d'affects dépressif, d'impulsivité, d'irritabilité, d'instabilité émotionnelle et d'une PERTE DE SATIETE

# Deuxième hypothèse

***Boulimie conséquence d'une hyperexcitabilité du circuit cérébral dit « plaisir – récompense » (dopamine et endorphine )***

- 1) Consommation régulée d'un aliment dont la personne est friande
- 2) Privation temporaire ( semaines-mois) avec une sensibilisation du circuit plaisir-récompense
- 3) Une réexposition à l'aliment déclenche une réaction d'excitation

# Troisième hypothèse

## ***Boulimie comme régulateur d'émotion***

Cela démarre par l'expérience banale de restriction qui génère une saturation de la conscience par des pensées relatives aux aliments, au poids et à la restriction.

Cela devient tellement intense émotionnellement que se produit une crise de boulimie avec un état dissociatif qui permet d'occulter de suspendre les pensées et affects pénibles.

# Pathologies associées

- Dépression
- TOC, phobie sociale
- Autres addictions : alcool , drogues , achats compulsifs
- Kleptomanie
- Troubles de la personnalité borderline : labilité émotionnelle, auto-mutilation
- ATCD d'agression sexuelle : viol et surtout inceste , dans 56% des troubles du comportement alimentaire

# Sur le plan somatique

- Se préoccuper davantage sur le plan somatique de la boulimique vomisseuse.
- Examen clinique classique
- Surveillance biologique : kaliémie, phosphorémie, albuminémie, calcémie ,natrémie ,NFS
- Surveillance digestive : oesophagite
- Surveillance dentaire : perte émail dentaire
- Surveillance rhumato : ostéoporose

# TRAITEMENTS

---

# Traitement médical

- Dans les cas graves d'anorexie avec un IMC très bas ou si les vomissements sont incoercibles , il faut une hospitalisation.
- Pour l'anorexique , renutrition par un professionnel averti
- Pour les crises de boulimie : Fluoxétine à 60 mg , pas efficace dans tous les cas , efficacité temporaire, tenir compte des effets indésirables



# La psychothérapie

- Temps fort du traitement
- Plusieurs méthodes possibles: thérapie cognitive et comportementale, relaxation, hypnose, thérapie systémique, art thérapie, jeu de rôle, groupe de parole, la psychanalyse ( peut être un peu moins adaptée )

# ARTTA

STRASBOURG

Président Dr Pascal  
Guigand psychiatre

- L'association organise des rencontres de soutien aux familles de personnes souffrant d'anorexie et de boulimie
- Clinique psychiatrique de l'hôpital civil
- Une réunion par mois
- Tél : 06 85 82 35 59 ou 06 13 16 73 86
- Site : [artta.com](http://artta.com)

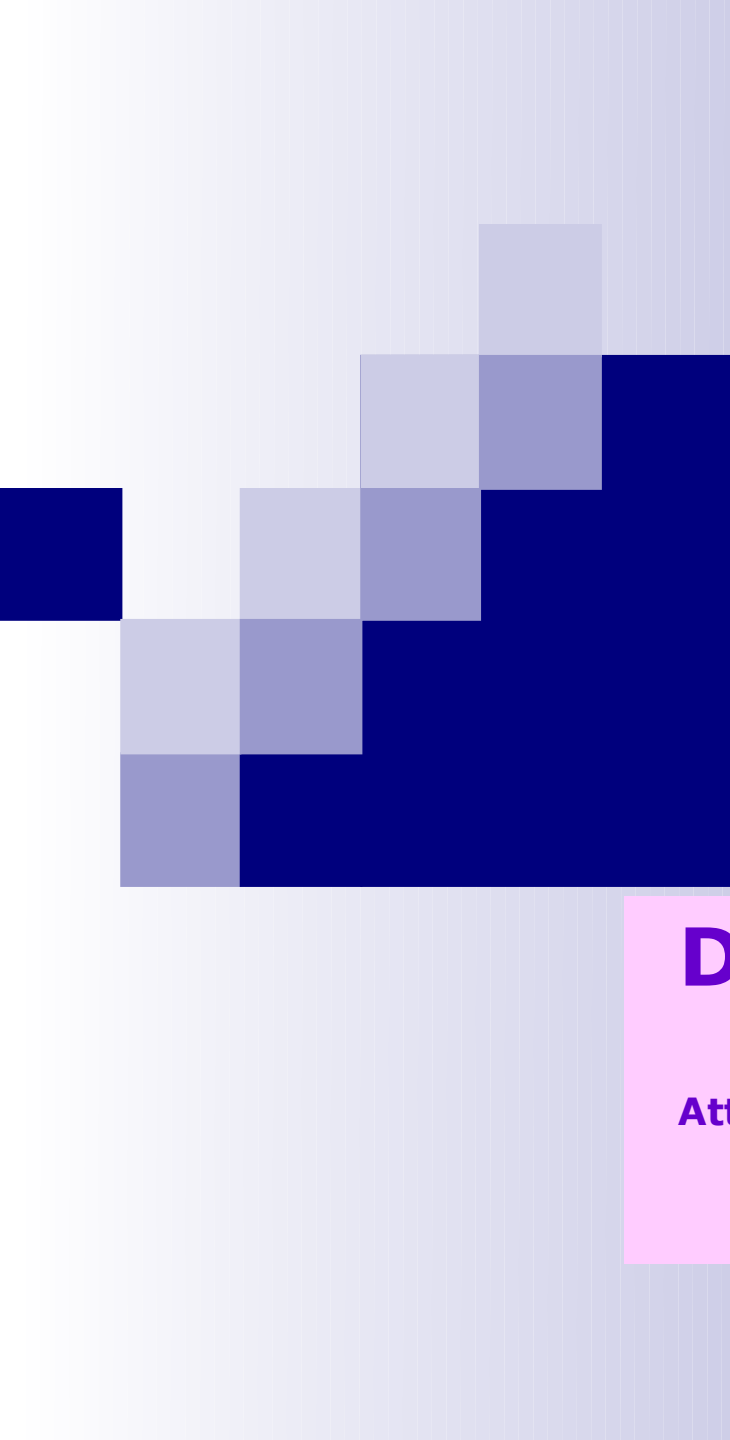
# Conclusion

- Le patient boulimique présente un manque de confiance et d'estime de soi très important.
- La boulimie est une addiction comportementale qui permet de combler un vide ( « je me sens comme un bibendum vide » )
- La prise en charge est longue et il faut laisser le temps au temps



Trop bon et j'en ai  
trop envie

---



# **Addictions sans drogue, jeu pathologique**

**Docteur Christian Bucher,**  
**Psychiatre, Haguenau**  
**Attaché au CSAPA du CH Haguenau Expert près la Cour  
d'Appel de Metz**

# Tous les usages de drogues ne sont pas addictifs... Et il y a des addictions sans drogue...

- Une connotation péjorative en termes de représentations « fatales » habituellement associées aux drogues. Compulsion, déchéance, irresponsabilité (le produit est « aux commandes »)

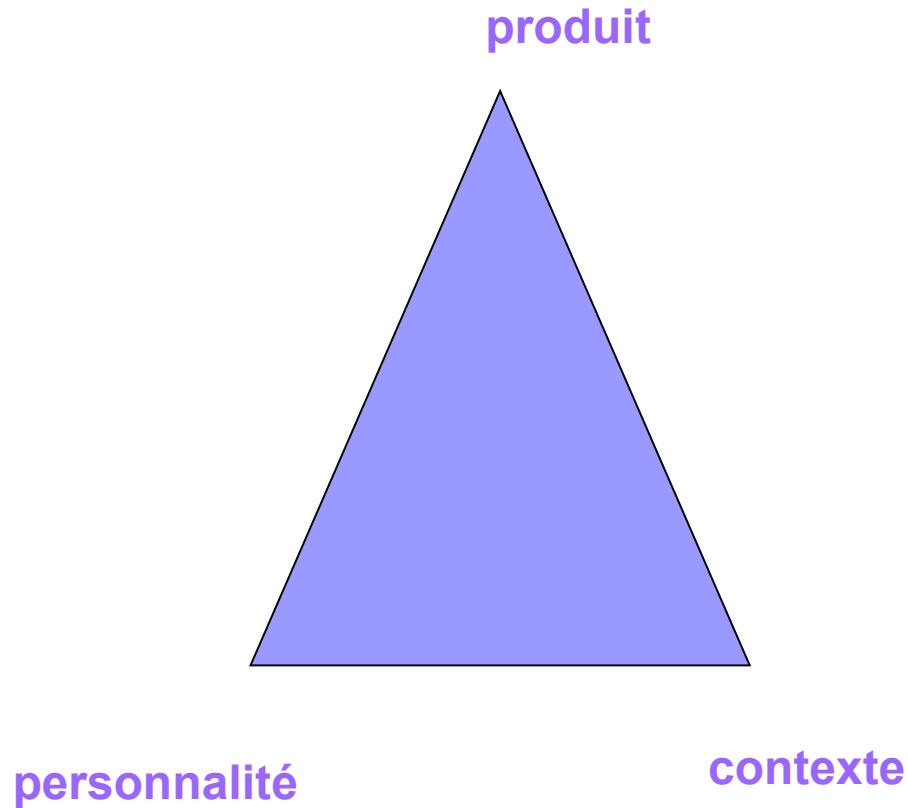
Usage récréatif versus assuétude, addiction....

Si le produit ne « fait » pas le toxicomane... Fenichel, toxicomanies sans drogues... comme une drogue

## CONDUITES ADDICTIVES

- Impossibilité répétée de contrôler un comportement
- Poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance des conséquences néfastes pour le sujet

# Modèle trivarié d'Olievenstein



# ADDICTIONS / Un bagage lexical empruntant volontiers au Droit\_

- **Dépendance / Droit féodal (« être lié à »)**
- **Addiction – addicere, « dire à, attribuer à, adjuger à... » – dérive de l'état d'esclavage en Droit Romain**
- **Assuétude terme exprimant à la fois esclavage et habitude (assuetudo)**
- **Addictions (Goodman), Irrépressible, Tension préalable, Plaisir concomitant et soulagement subséquent, Perte contrôle**
- **Tentatives répétées et infructueuses pour arrêter ou réduire...**
- **Extension du domaine de l'addiction: Internet, cyberdépendance, Jeux vidéo (Valleur et Matysiak), immersion dans le virtuel**
- **Et l'amour ? « love addicts »... les mirages de l'amour... Coup de foudre : surprise et révélation**



# Jeu *versus* sérieux ou réalité

- « DER GEGENSATZ ZU SPIEL IST NICHT ERNST, SONDERN WIRKLICHKEIT » *Le contraire du jeu n'est pas le sérieux, mais la réalité*
- S. Freud (1908), « Le créateur littéraire et la fantaisie » – In *L'inquiétante étrangeté et autres essais* – Paris, Gallimard (1985)
- **Après tout, « mieux vaut des illusions qui nous exaltent que toutes les réalités du monde », dicit Alexandre Pouchkine**

## Joueur compulsif *versus* joueur « social » ou récréatif (Igor Kusyszyn, 1972)

- le joueur compulsif ou « *loser* »,
- joueur occasionnel ou « social »
- la dérive passionnelle de joueurs occasionnels ayant touché le gros lot, illustration de ce que « le caractère badin peut se perdre » (Fenichel) pour aboutir à une « question de vie ou de mort ».
- Les professionnels... « *Ce que l'on gagne en trichant, on le perd ensuite en jouant* »...
- « Success Hunters » (Bergler), spéculation financière
- Jeu excessif, « pathologique », le « pathos », souffrance...

# « Le jeu seule drogue non reconnue... »

- Le frisson « le jeu pour le jeu »,
- mais aussi le faste « avoir l'impression d'être parmi les riches »
- « Etre l'élus au sein des réprouvés, sans raison, sans mérite, sans rien, par pur décret de la providence... »  
(Patrick Berthier)
- *Le jeu voie courte vers la fortune, le travail, voie longue... Et « l'esprit oisif est la demeure du diable »  
(proverbe brésilien)*

## LE JOUEUR PATHOLOGIQUE, selon Bergler, 1949, 1957

- 1/ prise habituelle de **risques**, cf in « the Gambler » scénarisé par **James Toback**
- 2/ intérêt constamment **centré** sur le jeu,
- 3/ « **optimisme** » inentamé par la défaite, « **contrat** » avec le **Destin**, « stipulant que la persévérance doit être récompensée »,
- 4/ tant qu'il gagne, le joueur ne peut s'arrêter.
- 5/ augmentation inexorable des mises,
- 6/ expérimentation d'une **sensation intense** (« frisson » du jeu) au moment du pari.

# Théorie de la richesse, théorie de la pauvreté

- Entre le « dollar disponible » et le chômeur qui n'a rien à perdre
- Surendettement, paupérisation
- **Enquête OFDT**, sur-représentation des hommes, des jeunes, des situations de précarité
- 600 000 joueurs « problématiques »
- Augmentation des enjeux, **le secteur de l'industrie du jeu ne connaît pas la crise!!**

# Niveaux et pratiques des jeux d'argent et de hasard en France en 2010

- Enquête OFDT (avant loi sur la concurrence et la régulation du secteur des jeux en ligne) , sur-représentation des hommes, des jeunes, des situations de précarité
- 600 000 joueurs « problématiques » (dont 200 000 excessifs ou pathologiques) en France
- Typologie selon intensité du jeu (fréquence ou montant des dépenses): Joueur dans l'année, joueur occasionnel, joueur « actif » (régulier et/ou dépensier)...
- Typologie des joueurs selon score Indice canadien jeu excessif: joueur sans risque, joueur à risque faible, joueur à risque modérée, joueur excessif

# Trajectoire stéréotypée du joueur

- **CUSTER, 1984, 3 phases, sur plus d'une décennie**
- Phase de **gain**, Phase de **perte** (la chasse), Phase de **désespoir** (complications psychiatriques et médico-légales)
- Mise en scène du **triolet de Pedinielli: avidité, dette, mort**
- **Dupouy et Chatagnon, Annales Médico-Psy 1929, « le joueur, esquisse psychologique » : cinq phases,**
- progression par étapes, **Initiation** (inscription par curiosité dans un cercle de jeu), **accoutumance** très rapide (gains initiaux puis compenser les pertes), **besoin** (le sujet devient « prisonnier du cercle »), **souffrance** (rien ne compte plus, sauf le jeu), **conséquences** (perte situation sociale, ruine financière, troubles du sommeil et de l'appétit)

## **TYPOLOGIE : Alex BLASZCZYNSKI distingue trois grandes catégories de joueurs excessifs**

- **1/ Des « joueurs d'habitude », ayant vécu dans des milieux familiaux et un contexte social où le jeu et l'argent sont valorisés**, considérés comme une activité importante. Avec le risque, après un « gros gain », de se définir comme joueurs avant tout, croyant avoir été élus par la chance...
- **2/ Un second type de joueurs est plus proche des toxicomanes traditionnels : Surtout de jeunes hommes, avides de sensations fortes, impulsifs, aimant le risque, et souvent tentés par la transgression et la remise en question des lois et des règlements.**
- **3/ Enfin, joueurs par « automédication », un troisième type de joueurs excessifs correspond à des personnes qui se réfugient dans le jeu pour fuir, pour échapper à des angoisses trop fortes, pour anesthésier des souffrances, pour lutter contre un état dépressif.**



# Relations de comorbidité

- **Troubles de l'humeur, dépression et états maniaques ou hypomaniaques**
- **Personnalités dyssociales, problématique des liens entre jeu et délinquance**
- **Autres addictions : notamment usage de drogues et d'alcool...**
- **Alcool, cannabis, tabac, cf. enquête OFDT mentionnée précédemment...**

# La quête du joueur?...

- « je vais beaucoup mieux... ma faillite a abouti »
- « perdre sa chemise pour sauver sa peau », certes, mais la dépense ne se réduit pas à la finance, ni ne dispense le joueur de la souffrance, le contraignant sans cesse davantage à « *payer de sa personne* »
- Somme toute, dompter, assujettir, domestiquer le hasard plutôt qu'apprivoiser son murmure séducteur...

# Un Autre espace, une Autre dimension, un Autre monde d'IMPUNITE ...

- « le Casino, un autre espace où, d'une seconde à l'autre, tout peut changer »
- *cf aussi formulation de ce patient* : « Une Autre dimension dans les casinos... des vibrations qui n'existent nulle part ailleurs ». Et ce, dans « un autre monde d'IMPUNITE... Comme dans un monde parallèle... »
- Configurant une modalité binaire d'existence, dans un monde parallèle : « Un monde parallèle où il y a ces extrémités... d'un côté on est tellement libre, d'un autre, renfermé sur le jeu, dépendant... presque un non sens, *d'un côté on vous donne tout, de l'autre, on sait qu'on va tout vous prendre...* »

# Rapport oblique du joueur à la loi

- **Tricher, bluffer... jouer avec** la loi pénale **sur** les marchés (e.g. « rogue traders »)
- **Jouer, y compris à se faire interdire**, jouer au plus fin...
- **Mettre toutes ses chances de son côté... Se faire interdire... et... braver l'interdit**
- **Stratégies de « victimation vindicative »** changer les règles du jeu, nier le caractère autodestructeur de la conduite, avec le *spectacle d'un meurtre signé plutôt que celui d'un suicide maquillé...*

# Au jeu de la vie, le joueur, un maso? ... LA COMPULSION À PERDRE

- **Freud, Dostoïevski et le parricide, 1928**
- **Bergler, La névrose de base, 1949, The psychology of Gambling, 1957**
- **Fenichel, La théorie psychanalytique des névroses, 1945**

# Abord psychanalytique

- **Freud, Dostoïevski et le parricide, 1928, « le jeu pour le jeu »** conduite d'autopunition (perte au jeu, punition par l'entité paternelle)
- **Spielsucht vs Spielzwang, Spielwut...**
- Digression sur la nouvelle de S. Zweig, **24 h de la vie d'une femme...**
- **Fenichel, 1945 ... du caractère badin à une question de vie ou de mort**
- **Bergler, 1949, névrose de base**, régression orale, « pseudo-agressivité », masochisme « psychique »
- « **feeling of uncanniness** » (Bergler) vs ego-syntonie (Fenichel)

# La question du rapport du sujet à l'Autre ... réparer un préjudice?

- Défier le hasard et obtenir ainsi de l'Autre **réponse et reconnaissance** !
- Jeux en vogue, massifiés, l'impression d'une **prolifération de l'imaginaire, régime de la frustration généralisée...**
- en filigrane : « **Les exceptions** » de Freud... *J'ai suffisamment payé à l'Autre, à lui maintenant de me dédommager...* cf P-L Assoun, pallier un «**désavantage injuste**»

# Protections, sauvegarde...

## Prise en charge des joueurs dépendants

- **Mesures judiciaires ou administratives**
- Problématique des infractions et du discernement du sujet au sens art 122-1 du CP
- Protection des biens, curatelle. Surendettement
- Faillite civile en **Alsace Moselle**, Quid de la « bonne foi » ?
- **Palette des thérapies proposées**
- **Programmes thérapeutiques**
- **Groupes d'entraide**



# Jeux vidéos et cyberdépendance

- « **Massive Multiplayer Online Role Playing Game** » (MMORPG) jeux massivement multi-joueurs (jeux de rôle et d'aventure, dont le plus connu est **World of Warcraft**), jeux en univers persistant, sans fin programmée... immersion dans le virtuel, une vie parallèle...
- « **First Player Shooter** » (FPS), jeux d'action, de tir et de combat à la 1ère personne, en « vision subjective », e.g. **Counter Strike**, jeux de réaction, de réflexes... une pratique dite « sportive »?? excitation prime... les garçons surtout !