

MECANISMES SOUS-JACENTS AU DEVELOPPEMENT POST- CHIRURGIE BARIATRIQUE D'UN TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL: CAS CLINIQUE

MECHANISMS UNDERLYING THE POST-BARIATRIC SURGERY DEVELOPMENT OF AN ALCOHOL USE DISORDER: CLINICAL CASE

Esin ER¹, Cécile VREBOS²

¹ *Grand Hôpital de Charleroi*

² *Asbl "L'Espérance", Groupe Jolimont*

Abstract

Au cours de ces dernières années, plusieurs recherches ont montré une augmentation du trouble de l'usage de l'alcool après la chirurgie bariatrique. Le présent article est une étude de cas approfondie d'une patiente de 41 ans qui a développé une dépendance à l'alcool après un by-pass gastrique. C'est dans le cadre d'une prise en charge postcure de l'alcool-dépendance que nous la rencontrons. La patiente rapporte que la nourriture était un moyen privilégié de gestion de ses émotions avant l'opération. Le recours à cette stratégie étant impossible après l'opération, elle se serait tournée peu à peu vers l'alcool pour faire face à des émotions et des situations négatives. L'analyse de son cas révèle l'absence d'antécédent de trouble de l'usage de l'alcool avant l'opération, mais l'existence préopératoire d'hyperphagie boulimique et d'alimentation émotionnelle. L'étude de cas décrit plusieurs mécanismes psychologiques qui ont pu mener la patiente à une addiction à l'alcool après la chirurgie. Dans cet article, seront également exposées les difficultés rencontrées au cours de la prise en charge de cette patiente du fait de la coexistence, dans son cas, d'un trouble alimentaire et d'une dépendance à l'alcool. Enfin, seront abordées les implications cliniques issues de l'analyse du cas.

In recent years, several studies have shown an increase in alcohol use disorder after bariatric surgery. This article is an in-depth case study of a 41-year-old patient who developed alcohol dependence after a gastric bypass. It is within the framework of an aftercare treatment of alcohol dependence that we meet her. The patient reports that food was a preferred means of managing her emotions before the operation. The use of this strategy being impossible after the operation, she would have gradually turned to alcohol to deal with negative emotions and situations. The analysis of her case reveals the absence of a history of alcohol use disorder before the operation, but the preoperative existence of binge eating disorder and emotional eating. The case study describes several psychological mechanisms that may have led the patient to addiction to alcohol after surgery. In this

article, the difficulties encountered during the care of this patient will also be exposed due to the coexistence, in her case, of an eating disorder and an alcohol dependence. Finally, the clinical implications arising from the analysis of the case will be discussed.

Keywords:

Chirurgie bariatrique, trouble de l'usage de l'alcool, régulation émotionnelle, alexithymie, évitement expérientiel, impulsivité

Bariatric surgery, alcohol use disorder, emotion regulation, alexithymia, experiential avoidance, impulsivity

Introduction

L'obésité est un trouble en augmentation à travers le monde et notamment, dans nos pays occidentaux. Le problème est inquiétant au point que l'OMS l'a qualifié « d'épidémie mondiale » (OMS, 2003). Ce trouble est associé à des conséquences négatives sur la santé physique et mentale (Avila et al., 2015; Bray, 2004). La chirurgie bariatrique est un moyen efficace et durable de traiter l'obésité et les comorbidités associées, et permet d'améliorer la qualité de vie des personnes en souffrant (Buchwald et al., 2004 ; Kolotkin et al., 2018). Cependant, cette intervention peut également engendrer des conséquences psychosociales négatives et notamment, l'augmentation de la consommation d'alcool. En effet, au cours de ces dernières années, plusieurs études ont noté un risque accru de développer des problèmes liés à l'usage de l'alcool après l'opération, et en particulier après le by-pass (Cuellar Barboza et al., 2015 ; King et al., 2012 ; King et al., 2017 ; Östlund et al., 2013 ; Saules et al., 2010 ; Svensson et al., 2013 ; Wiedemann, Saules, & Ivezaj, 2013).

Les problèmes liés à la consommation d'alcool postopératoire n'apparaissent pas immédiatement après l'intervention. L'augmentation de ce trouble ne survient qu'à partir de deux ans après l'opération (Ibrahim et al., 2019 ; King et al., 2012). Le temps semble donc avoir un effet important dans ce phénomène. Nous en savons peu sur les raisons pour lesquelles nous observons cet effet du temps, mais certains chercheurs avancent que, juste après l'intervention, survient une période de « lune de miel » durant plus ou moins deux ans et au cours de laquelle les patients rapportent une forme de bien-être accru et une amélioration de l'humeur (Yoder, MacNeela, Conway, & Heary, 2018). A la fin de cette période, il est possible d'observer l'apparition ou la réapparition de certaines difficultés. Un autre aspect qu'il convient de souligner est que, parmi les personnes qui rapportent ce trouble à la suite de la chirurgie bariatrique, certaines présentaient déjà des antécédents de trouble de l'usage de l'alcool (TUA) avant l'opération. Mais, chez d'autres personnes, le TUA postopératoire apparaissait de novo, sans qu'elles n'aient d'antécédent de consommation problématique d'alcool préopératoire (Ertelt et al., 2008 ; Saules et al., 2010 ; Wiedemann et al., 2013). Ce dernier point suscite des questions quant aux mécanismes responsables de ce phénomène.

A l'heure actuelle, l'association entre la chirurgie bariatrique et le TUA est considérée d'origine multifactorielle (Ivezaj et al., 2019). Ainsi, des facteurs à la fois physiologiques, neurologiques et psychologiques seraient en jeu dans cette relation.

Du côté des facteurs physiologiques, figurent les changements dans la pharmacocinétique de l'alcool. Plusieurs études indiquent qu'après un by-pass, les effets de l'alcool sont plus rapides, plus importants et qu'ils durent plus longtemps (Hagedorn, Encarnacion, Brat, & Morton, 2007 ; Klockhoff, Näslund, & Jones, 2002 ; Pepino et al., 2015). Les raisons de ces changements après le by-pass seraient la perte de poids, la vidange plus rapide de la poche gastrique qui rend l'absorption plus rapide de l'alcool par le jéjunum et la réduction considérable d'alcool déshydrogénase due à la réduction du volume de l'estomac (Hagedorn, Encarnacion, Brat, & Morton, 2007 ; Klockhoff, Näslund, & Jones., 2002). Ces résultats sont importants, car les substances dont les effets sont plus rapides ont un potentiel addictif plus élevé (Compton & Volkow, 2006). Cependant, les résultats sont contradictoires pour la sleeve (Changchien, Woodard, Hernandez-Boussard, & Morton, 2012 ; Maluenda et al., 2010) et il semble que l'anneau gastrique n'ait pas d'effet sur la pharmacocinétique de l'alcool (Changchien, Woodard, Hernandez-Boussard, & Morton, 2012).

La littérature scientifique suggère que des facteurs neuronaux sont également en jeu dans la relation chirurgie bariatrique-TUA. En bref, la consommation de drogue et de nourriture activent les voies dopaminergiques mésolimbiques (même si elles le font de façon différente) (Volkow, Wang, Fowler, & Telang, 2008), et vont engendrer une augmentation de la sécrétion de dopamine par le noyau accumbens. Après la chirurgie bariatrique, le sujet ne peut plus manger des quantités suffisantes pour satisfaire le plaisir gustatif et induire une sécrétion adéquate de dopamine. Cela peut l'amener à utiliser l'alcool à la place de la nourriture pour activer le circuit de la récompense et du plaisir (Ferrario, Pralong, Daeppen, & Favre, 2016).

Enfin des mécanismes psychologiques pourraient expliquer l'apparition d'un TUA après une chirurgie bariatrique. Il existe une association positive entre obésité et problèmes de santé mentale (Avila et al., 2015). Pour certains, la nourriture est une stratégie de coping inadaptée afin de diminuer la détresse psychologique et émotionnelle (Reaves, Dickson, Halford, Christiansen, & Hardman, 2019 ; Spadola et al., 2018 ; Van Strien, 2018). La chirurgie bariatrique impose une restriction alimentaire importante qui rend difficile le recours à la nourriture afin de gérer des émotions et situations désagréables. Et, bien que la chirurgie bariatrique améliore grandement la qualité de vie de ceux qui en bénéficient, certains problèmes psychologiques persistent ou se développent malgré tout après l'opération. Dès lors, il est possible que les patients qui utilisent la nourriture comme un moyen de gérer des difficultés psychologiques, et qui ne peuvent plus se tourner vers la nourriture après l'opération, se mettent à la recherche d'autres moyens de faire face à des états émotionnels difficiles (Hardman & Christiansen, 2018 ; Yoder, MacNeela, Conway, & Heary, 2018). L'alcool peut être une de ces stratégies, d'autant plus que sa consommation est plus aisée après l'opération (en comparaison à la nourriture) et qu'il est particulièrement facile d'accès.

Notons cependant que nous disposons de peu d'études sur les prédicteurs d'un TUA postopératoire. Les principaux prédicteurs connus sont le fait d'être un homme, le tabagisme, la consommation régulière d'alcool avant la chirurgie, le fait d'être jeune, la consommation récréative de drogues, un moindre sentiment d'appartenance et des symptômes de TDAH (Alfonsson, Sundbom, & Ghaderi, 2014 ; Ivezaj et al., 2019 ; King et al., 2012 ; King et al., 2017 ; Spadola et al., 2015 ; Svensson et al., 2013). Ces variables sont surtout des données démographiques. Très peu de choses sont connues sur les mécanismes psychologiques expliquant le TUA postopératoire (Reaves, Dickson, Halford, Christiansen,

& Hardman, 2019). Nous en savons encore moins sur la prise en charge des patients qui ont développé un TUA après l'opération et les particularités de la prise en charge de ce type de patients.

L'objectif de cet article est de présenter en détail le cas d'Adèle (nom d'emprunt), une patiente qui a développé un TUA après avoir bénéficié d'un by-pass. A travers cette analyse, nous souhaitons 1) formuler des hypothèses quant aux mécanismes psychologiques qui l'ont amené à devenir dépendante de l'alcool après le by-pass ; 2) présenter les limites d'une prise en charge centrée uniquement sur la dépendance à l'alcool avec ce type de patients ; 3) proposer des stratégies thérapeutiques plus adaptées pour ceux-ci. Adèle a donné son consentement libre et informé à ce que les informations récoltées à son sujet soient utilisées dans un but de recherche.

Présentation du cas Adèle

En novembre 2018, Adèle (41 ans) se présente pour une demande d'entrée à l'Espérance à Thuin, centre de postcure pour personnes dépendantes à l'alcool. Elle arrive dans un état physique critique. Elle pèse 46 kg pour 1,68 mètre (IMC de 16) et présente une décompensation cirrhotique avec de l'ascite et des varices œsophagiennes. En outre, elle décrit un état dépressif, une perte de motivation, un manque d'appétence général, y compris pour la nourriture. Elle est hospitalisée depuis plus de deux mois pour sevrage éthylique. La patiente décrit une consommation quotidienne avoisinant les quarante unités d'alcool (une bouteille de whisky et une bouteille de rhum par jour). Nous investiguons avec elle l'éventualité d'un trouble alimentaire, mais elle écarte vite cette piste. Elle évoque juste un antécédent de by-pass en 2011. Par ailleurs, les rapports médicaux ne font pas état d'un trouble alimentaire chez la patiente. Nous décidons d'accueillir Adèle en postcure, puisqu'elle est en demande de bénéficier de notre aide pour évoluer vers un arrêt total de l'alcool. Précisons cependant qu'en raison de son faible IMC, son entrée a été conditionnée à la prise de quelques kilos. Elle entre en janvier 2018 pour un séjour d'une durée de pratiquement huit mois. Au niveau familial, Adèle est l'aînée d'une fratrie de deux enfants. Ses parents se sont séparés il y a une dizaine d'années. Ils ont l'un et l'autre des antécédents de mésusage de l'alcool et de surpoids. Adèle rapporte d'ailleurs que sa mère a fait de nombreux régimes au cours de sa vie et que son père a été hospitalisé plusieurs fois pour son rapport inadéquat à l'alcool. En ce qui concerne son éducation, Adèle décrit une ambiance familiale où l'expression des émotions est quasi absente, ainsi qu'un manque affectif important. Par ailleurs, sur le plan scolaire, ses parents ont de fortes exigences. Adèle entreprend des études dans le secteur social qu'elle réussit brillamment. Peu de temps après, elle est victime d'une embolie cérébrale qui n'engendre pas de séquelles à long terme, mais qui entraîne un projet de réhabilitation mal accompagné par ses parents et lors duquel elle se sent souvent en échec.

D'un point de vue affectif, elle rencontre à 23 ans Farid, son futur mari. Elle se retrouve très vite enceinte de sa fille Laura qui naît lorsqu'elle a 25 ans. Adèle décrit une vie de couple qui devient rapidement insatisfaisante et évoque les nombreuses tromperies de la part de son conjoint. Après une quinzaine d'années de vie commune, le couple divorce en 2017 (elle a alors 40 ans) en raison des adultères de Farid et de la dépendance à l'alcool de la patiente. Actuellement, sa fille âgée de 16 ans vit chez son père depuis la séparation de ses parents. A son entrée en postcure, les relations entre Adèle et ses proches sont décrites comme tendues depuis plusieurs mois.

Sur le plan professionnel, la patiente a travaillé pendant 13 ans dans le secteur social. Elle se révèle une employée impliquée, mais éprouve de grosses difficultés à établir les limites et demande rarement de l'aide ; Elle estime qu'elle doit accomplir les tâches par elle-même et ne pas dépendre des autres. A 36 ans, elle se retrouve en arrêt de travail pour dépression. Elle reprend ensuite ses activités pendant quelques mois, mais perd définitivement son emploi quand l'institution où elle travaillait décide de fermer ses portes. La **figure 1** reprend les principaux éléments clés du parcours d'Adèle sous la forme d'une ligne du temps.

PARCOURS PAR RAPPORT A LA NOURRITURE (VOIR FIGURE 1)

Adèle se décrit comme une enfant en surpoids. La prise de poids devient plus importante à une époque où sa mère, travaillant dans un supermarché, ramenait à la maison des sacs de nourriture invendue et à forte teneur calorique. A cette époque, Adèle fait l'objet de moqueries par ses camarades de classe et de commentaires dévalorisants de la part de ses parents ("*je n'oserai pas te montrer à mes collègues*"). Elle fait son premier régime à 12 ans. Vers 16-17 ans, sont décrites des crises de suralimentation où elle tente de se faire vomir sans y parvenir. Ces crises se produisent à l'abri des regards. A cette époque, elle ne répond pas aux critères diagnostiques de l'hyperphagie boulimique en raison d'une fréquence peu élevée des crises. A 19 ans, elle obtient son permis de conduire, ce qui la rend plus autonome et lui permet de se procurer de la nourriture en cachette de ses parents. La fréquence des crises de suralimentation augmente. Les critères diagnostiques de l'hyperphagie boulimique sont rencontrés, mais ne se maintiennent pas longtemps. En effet, à la rencontre de Farid, les crises de suralimentation se raréfient grâce au bien-être que lui procure cette nouvelle relation. Dans les années qui suivent, plusieurs événements de vie s'enchaînent :

- Les trahisons et infidélités de Farid
- Les problèmes financiers du couple et des dettes. En effet, l'entreprise d'une nouvelle construction n'aboutit pas dans les délais prévus et amène le couple à s'endetter pour les travaux.
- Le retour au domicile parental en raison de ces dettes et les tensions relationnelles entre le couple et les parents liées à la promiscuité.
- L'entrée dans la nouvelle maison qui est une déception, car Farid enchaîne les emplois, ce qui la confronte à beaucoup de solitude et à une surcharge de travail vu qu'elle assume seule les charges familiales en plus de son activité professionnelle.
- Le suicide de son filleul
- La séparation de ses parents

Ces diverses situations sont génératrices de stress dans le quotidien d'Adèle. Pour y faire face, elle se réfugie de plus en plus dans des grignotages. Par ailleurs, la surcharge de travail et le manque de temps l'amènent souvent à consommer des plats préparés et à déstructurer son alimentation. Adèle prend beaucoup de poids au cours de ces années. Son mari lui fait des reproches sur son poids et la pousse, avec d'autres proches, à recourir à l'opération. Elle décide bientôt de se faire opérer en pensant que ça pourrait améliorer ses relations avec Farid. Cependant, bien qu'elle soit interrogée sur son rapport à la nourriture lors de l'évaluation psychologique préopératoire, elle cache ses accès hyperphagiques et son problème d'alimentation émotionnelle. A 33 ans, elle bénéficie d'un by-pass qui lui permet de passer de 113 kilos à 60 kilos. Elle parvient à maintenir ce poids pendant plusieurs

années, mais à partir de 39 ans, elle perd 17 kilos. Elle attribue cette perte de poids au fait de boire de l'alcool à la place de manger et à une dépression sévère.

PARCOURS PAR RAPPORT A L'ALCOOL (VOIR FIGURE 1)

Les premiers contacts avec l'alcool se passent à l'adolescence où Adèle décrit quelques prises excessives, à certaines occasions festives. Les consommations demeurent occasionnelles et conviviales par la suite. De 26 à 28 ans, Adèle se rend chaque jour après le travail dans une taverne avec ses collègues, elle consomme une à deux unités d'alcool. A ce moment-là, Adèle et Farid vivaient chez les parents de la patiente pour des raisons financières. Ces sorties entre collègues étaient une façon pour elle de postposer son retour en famille où elle n'appréciait pas le climat de tension et la promiscuité excessive. A 28 ans, elle occupe sa nouvelle maison, les recours à l'alcool ne sont plus décrits comme quotidien, ils deviennent occasionnels.

Après le by-pass réalisé à l'âge de 33 ans, les problèmes de couple persistent malgré la perte de poids d'Adèle. Son conjoint a tendance à responsabiliser la patiente de leur situation, elle est "*trop mince,...*". Sa faible estime de soi ne lui permet pas de faire la part des choses, elle se maintient dans cette relation coûte que coûte. Elle se sent souvent seule chez elle, dépassée par les problèmes financiers, la charge de la maison, deux emplois à mi-temps et l'éducation de sa fille. Le soir, elle commence à boire un ou deux verres de vin quand elle se retrouve seule. Les consommations d'alcool prennent de plus en plus d'ampleur. L'abus de l'alcool s'installe, mais Adèle parvient à garder un contrôle sur sa consommation car sa vie professionnelle l'oblige à ne boire qu'en soirée, jamais en journée.

A 36 ans, une dépression sévère amène Adèle à stopper son activité professionnelle pendant un an. Dès lors les consommations se font dès le matin et tout au long de la journée. La dépendance est désormais présente. L'ambiance familiale se dégrade davantage, son conjoint rentre de plus en plus tard, sa fille passe son temps dans sa chambre. L'année suivante, Adèle reprend son travail. Certains collègues lui font des remarques sur sa consommation. Elle est souvent absente le lundi, elle sent l'alcool et il lui arrive de venir saoule au travail. Après un an, elle arrête définitivement de travailler suite à la fermeture de l'institution. A 39 ans, Adèle réalise son premier sevrage, elle veut « *sauver son couple* ». Elle enchaîne ensuite plusieurs sevrages à l'alcool sans succès. Elle a 40 ans lorsque le couple divorce à la demande de Farid, il reste dans la maison avec leur fille, Adèle quant à elle retourne vivre chez sa mère. Elle continue à se dégrader, elle ne prend plus soin d'elle, sa mère l'infantilise et est dans le contrôle. Adèle n'a plus de vie sociale et s'isole de plus en plus dans ses consommations. La patiente va réaliser quatre sevrages avant d'envisager une entrée en posture dans le centre.

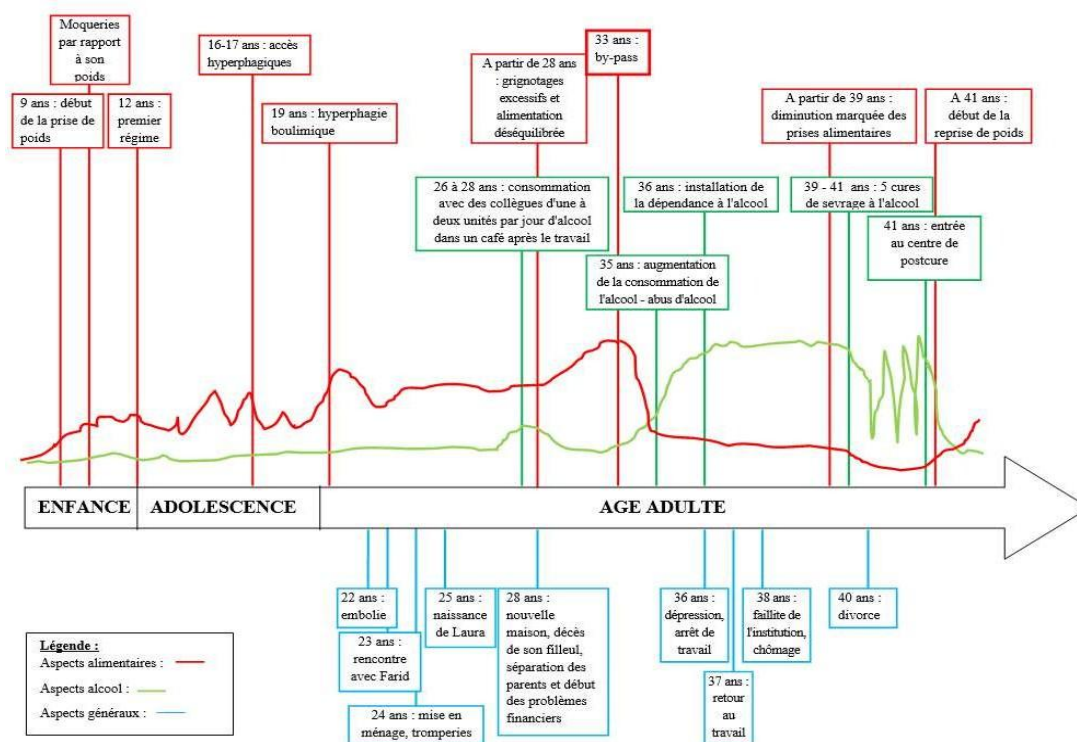


Figure 1 – Ligne du temps du parcours d'Adèle

DEROULEMENT DE LA THERAPIE ET DIFFICULTES RENCONTREES

Avant d'expliquer le déroulement de la thérapie avec Adèle, une explication du fonctionnement du centre de postcure où nous l'avons accueillie s'impose. L'Espérance est un centre de postcure mixte pour personnes dépendantes à l'alcool qui propose des séjours résidentiels pouvant aller jusqu'à un an. Il accueille des patients sevrés physiquement, pouvant présenter des comorbidités somatiques et psychiques (troubles de l'humeur, troubles anxieux, etc.). Le centre propose un programme thérapeutique qui repose sur des concepts de la thérapie cognitivo-comportementale. L'abstinence est de règle, elle constitue un moyen pour évoluer vers un projet de vie de qualité, source de mieux-être et d'épanouissement personnel.

La postcure facilite l'expérience de l'abstinence et de ses conséquences. Le projet de vie communautaire est utilisé à la fois comme terrain d'observations mais également d'exercices. L'arrêt de la consommation passe par l'identification des situations, des cognitions et des émotions entraînant l'usage du produit et son maintien ainsi que par la mise en place de nouvelles stratégies pour faire face aux difficultés gérées et entretenues par l'alcool. Le programme thérapeutique vise une amélioration significative de l'état physique et psychique de la personne dépendante à l'alcool dans une vision de réinsertion globale. Il met à disposition du patient divers outils thérapeutiques dont la combinaison possède une logique optimisant sa stabilisation. Durant son séjour, le patient est amené à structurer ses journées par des activités (ergothérapie, activités sportives, artistiques et culturelles), mais également par de la psychothérapie individuelle (exposition in vivo à l'alcool, thérapie de la prévention à la rechute, etc.) et de groupe (entraînement aux habiletés sociales, relaxation, etc.). Des entretiens

familiaux peuvent être proposés. Un suivi paramédical/médical est également obligatoire vu le pourcentage élevé de comorbidités physiques et psychiatriques chez la population accueillie.

En début de séjour, les patients sont dispensés des activités de la vie journalière (cuisine, tâches ménagères, etc.) et participent aux activités d'ergothérapie adaptée afin de leur permettre une intégration progressive dans le programme. Adèle s'intègre rapidement au projet de vie en communauté, elle s'y sent bien et utile. Durant les trois premiers mois, elle rapporte une amélioration rapide de son humeur et se dit très satisfaite de retrouver un bien-être et une meilleure hygiène de vie. Elle dit retrouver progressivement une meilleure estime d'elle-même grâce :

- à sa récupération physique, à sa reprise de poids (55.5 kilos à la fin du troisième mois, poids idéal pour la patiente) et aux renforcements positifs à ce sujet, venant de ses proches, de ses pairs résidents et de l'équipe,
- à l'évolution de sa silhouette, au plaisir retrouvé de s'habiller, de s'acheter de nouveaux vêtements,
- à son intégration dans le groupe et au fait qu'elle ne se sent pas jugée par ses pairs et par l'équipe,
- aux journées constructives dont les activités sont source d'émotions positives et de fierté,
- à l'amélioration de ses relations avec ses proches, notamment avec sa mère et sa fille.

La patiente décrit l'arrêt de l'alcool comme étant « facile », les envies liées à l'alcool sont quasi inexistantes. Ceci étant facilité par le contexte protecteur du centre où les patients sont à l'abri de stimuli liés à l'alcool. De plus, Adèle se confronte rarement à des situations à risque lors de ses sorties. Aussi, bien que la patiente soit sensibilisée aux stratégies visant la prévention à la rechute, elle ne rapporte pas en entretien individuel des situations où elle a pu mettre ces stratégies en pratique. Après cette période de trois mois où elle rapporte un bien-être accru et ne mentionne que très peu de difficultés, les rapports intra et extra-muros aux autres vont progressivement confronter Adèle à certains problèmes qui engendrent de l'inconfort, mais ne génèrent pas pour autant des envies de consommer : un surinvestissement dans les tâches qui occasionne de la fatigue au moment où elle doit s'impliquer dans les activités de la vie journalière, une difficulté à demander de l'aide, le fait de voir sa mère consommer en cachette lors de ses retours en week-end, la réapparition de quelques tensions avec sa fille dans la dynamique de reconstruction de leur relation, le fait que des proches consomment devant elle alors qu'elle est dans un projet d'arrêt de l'alcool, les problèmes financiers, etc.

Ces situations génèrent des émotions pénibles, mais la patiente n'identifie pas le risque qu'elles constituent par rapport à son projet d'abstinence. Suite à l'analyse de ces diverses situations avec la patiente, nous avons pu mettre en évidence un déficit en matière d'affirmation de soi chez Adèle, son embarras à mettre des limites et son investissement excessif dans certaines activités de la vie journalière du fait de son perfectionnisme et de son besoin de reconnaissance. Enfin, nous avons surtout relevé chez Adèle une importante difficulté à identifier et à exprimer ses émotions.

A ce stade de la thérapie, nous renvoyons à la patiente nos constatations et notre étonnement face à son vécu si serein de l'abstinence. Cet échange a permis à Adèle de nous faire part de son rapport à la nourriture depuis son entrée en postcure : « *j'ai le sentiment que mes comportements alimentaires remplacent mes comportements alcool* », « *je m'assure d'avoir toujours des snacks en suffisance dans mon casier... j'ai toujours avec moi une boisson sucrée...* ». Au début du séjour, la prise de poids était

voulue par Adèle et encouragée par l'équipe du fait de son faible IMC. Cependant, Adèle nous fait part de son inquiétude quant au fait qu'elle continue de prendre du poids en raison de ses grignotages fréquents. Elle explique qu'elle boit des boissons sucrées (plusieurs cannettes) tout au long de la journée, et que, lorsqu'elle est à l'abri des regards dans sa chambre, elle mange des paquets entiers de biscuits. Lors de sorties du centre, elle se rend dans des fast-foods ou cuisine des plats particulièrement riches. Elle ajoute qu'elle se tourne vers la nourriture (et non plus vers l'alcool) lorsqu'elle est confrontée à des situations de mal-être. Cette stratégie qu'elle employait déjà avant le by-pass, reprend le dessus depuis son entrée au centre. Nous en venons peu à peu à parler avec la patiente de cette opération et du rôle qu'elle a pu jouer dans le développement de ses problèmes d'alcool.

Afin de mieux comprendre le fonctionnement psychologique d'Adèle, ses difficultés actuelles et de formuler des hypothèses quant aux mécanismes qui l'ont amenée à l'alcool-dépendance, nous lui avons demandé de remplir plusieurs questionnaires vers le troisième mois de son entrée.

RESULTATS AUX QUESTIONNAIRES

Les scores obtenus par Adèle aux différentes échelles sont repris dans le **tableau 1**.

EMOTIONAL APPETITE QUESTIONNAIRE - EMAQ

Ce questionnaire évalue l'alimentation émotionnelle (Geliebter & Aversa, 2003). Il est constitué de 22 items et de 4 sous-échelles évaluant la tendance à manger plus ou moins en réponse à des émotions positives (5 items), des situations positives (3 items), des émotions négatives (9 items) et des situations négatives (5 items). Une échelle de Likert allant de 1 (« beaucoup moins ») à 9 (« beaucoup plus ») permet de répondre aux items. Le score à chacune des sous-échelles est calculé en faisant la moyenne des réponses données par le sujet aux items. On obtient également deux scores totaux, le premier correspondant à la moyenne des émotions et situations positives (EMAQ-POS) et le deuxième correspondant à la moyenne des émotions et situations négatives (EMAQ-NEG). Bourdier et al. (2017) ont publié une validation française de ce questionnaire. Les scores d'Adèle aux sous-échelles émotions positives et situations positives sont très faibles. Elle a un score qui se situe dans la moyenne à la sous-échelle situations négatives et un score très élevé à la sous-échelle émotions négatives. Son score total EMAQ-POS est très faible alors que son score total EMAQ-NEG est élevé.

BINGE EATING SCALE - BES

La Binge Eating Scale (Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982) est une échelle de 16 items, permettant d'évaluer et de dépister l'hyperphagie boulimique. Chaque item se voit octroyer un score allant de 0 à 3 ou de 0 à 2. Le score total est obtenu en faisant la somme des scores aux différents items. Le résultat peut être interprété de deux manières : nous pouvons évaluer la présence ou non d'hyperphagie boulimique (score cut-off de 18) ou la sévérité du problème (plus le score est élevé et plus le niveau d'hyperphagie boulimique est sévère). Une validation française de ce questionnaire a été réalisée par Brunault et al. (2016). A cette échelle, Adèle a obtenu un score de 25 indiquant la présence d'une hyperphagie boulimique.

YALE FOOD ADDICTION SCALE 2.0 - YFAS 2.0

La Yale Food Addiction Scale 2.0 est un outil de 35 items permettant de mesurer l'addiction à la nourriture au cours des 12 derniers mois (Gearhardt, Corbin, & Brownell, 2016). Cet outil évalue 11 critères de l'addiction à la nourriture qui ont été conçus sur base des critères diagnostiques proposés par le DSM-5 pour les troubles de l'usage d'une substance. Une cotation à 8 points allant de « jamais » à « chaque jour » est proposée pour chaque item. Chaque item est noté comme présent ou pas selon un certain cut-off. On considère que le patient répond à un critère de l'addiction quand un ou plus d'items correspondant à ce critère sont rencontrés. Le score obtenu peut être interprété de façon catégorielle (présence ou non d'une addiction à la nourriture) ou de façon continue (sévérité de l'addiction). La version française de ce questionnaire validée par Brunault et al., (2017) a été utilisée avec Adèle. Les résultats de celle-ci indiquent une addiction modérée à la nourriture.

EATING DISORDER INVENTORY 2 - EDI-2

Ce questionnaire est constitué de 91 items répartis sur 11 sous-échelles : recherche de la minceur, boulimie, insatisfaction corporelle, inefficacité, perfectionnisme, méfiance dans les relations interpersonnelles, conscience intéroceptive, peur de la maturité, ascétisme, contrôle des impulsions et insécurité sur le plan social (Garner, 1991, cité dans Bouvard & Cottraux, 2010). Le sujet répond aux différents items via une échelle de Likert à 6 points allant de « toujours » à « jamais ». La traduction française de cette échelle a été utilisée pour Adèle (Archinard, Rouget, Painot & Liengme, 2002 cité dans Bouvard et Cottraux, 2010). Les scores d'Adèle aux sous-échelles suivantes se situent dans la moyenne : insatisfaction corporelle, inefficacité et contrôle des impulsions. Son score de peur de la maturité est très faible. Par contre, Adèle présente des scores élevés de recherche de la minceur, de boulimie, de perfectionnisme et d'insécurité sociale et des scores très élevés de méfiance interpersonnelle, de conscience intéroceptive et d'ascétisme.

MULTIDIMENSIONAL EXPERIENTIAL AVOIDANCE QUESTIONNAIRE - MEAQ

La MEAQ est constituée de 62 items qui évaluent six dimensions de l'évitement expérientiel : l'évitement comportemental, l'aversion à la détresse, la procrastination, la distraction/suppression, la répression/le déni et l'endurance à la détresse (Gámez, Chmielewski, Kotov, Ruggero, & Watson, 2011). Le sujet répond aux items via une échelle de Likert allant de 1 (« tout à fait en désaccord ») à 6 (« tout à fait d'accord »). Pour cette étude, la traduction française de cette échelle de Monestès, Baeyens, Cheval et Villatte (2012) a été utilisée. Les résultats d'Adèle sont élevés pour toutes les dimensions sauf pour l'aversion à la détresse où elle obtient un score très élevé. Le score total à cette échelle multidimensionnelle d'évitement expérientiel est très élevé, malgré un score élevé pour l'endurance à la détresse. Adèle explique qu'elle refusait d'abandonner et se maintenait parfois dans des positions difficiles auxquelles elle aurait dû mettre un terme plus tôt. Par exemple, elle n'a décidé de se mettre en arrêt de travail qu'au moment où elle envisageait le suicide, elle a maintenu son mariage pendant une quinzaine d'années malgré la souffrance engendrée par cette relation. Il convient toutefois d'observer que la patiente s'était alors tournée vers la nourriture ou l'alcool en réponse à ces émotions négatives.

TORONTO ALEXITHYMIA SCALE 20-TAS20

Ce questionnaire permet de mesurer trois facettes de l'alexithymie : la difficulté à identifier les sentiments, la difficulté à décrire les sentiments et la pensée opératoire (Bagby, Parker, & Taylor, 1994). Il comprend 20 items dont la cotation se fait sur une échelle de Likert allant du « désaccord complet » à « l'accord complet ». Un score est obtenu pour chacune des facettes ainsi qu'un score total à l'ensemble du questionnaire. Plus le score total est élevé et plus le sujet est alexithymique. Une validation française de cette échelle existe et a été utilisée dans le cadre de cet article (Loas et al., 2001). Le score total d'Adèle à cette échelle est très élevé.

UPPS IMPULSIVE BEHAVIOR SCALE

Ce questionnaire de 45 items permet d'évaluer les quatre facettes de l'impulsivité : l'urgence, la préméditation, la persévérance et la recherche de sensations (Whiteside & Lynam, 2001). La version française de cette échelle, validée par Van der Linden et al., (2006), a été utilisée dans le cadre de cette étude de cas. Adèle présente des scores faibles de manque de préméditation et de persévérance. Elle a par contre un score élevé de recherche de sensations et un score très élevé d'urgence. Le faible score de manque de persévérance est compatible avec le score élevé d'endurance à la détresse à la MEAQ. Le score élevé à la dimension d'urgence témoigne de la tendance d'Adèle à présenter des réactions fortes dans les contextes émotionnels négatifs intenses et à y réagir par le recours à l'alcool ou la nourriture.

ECHELLE D'ESTIME DE SOI DE ROSENBERG

Cette échelle permet d'évaluer l'estime de soi du sujet via 10 items (Rosenberg, 1965). La validation française de cette échelle par Vallières et Vallerand (1990) a été utilisée. Le score d'Adèle à cette échelle était de 37, ce qui reflète une excellente estime de soi. Ce résultat était étonnant, car lors des premiers entretiens, Adèle a évoqué plusieurs fois qu'elle avait une image négative d'elle-même. La discussion des résultats de cette échelle avec Adèle a permis d'éclaircir ce point. Adèle a été très surprise de voir son score d'estime de soi. Lors de la relecture de ses réponses, elle a exprimé que ses réponses auraient été différentes si elle avait complété le questionnaire lors de son arrivée au centre. Elle a de nouveau rempli le questionnaire, mais en pensant à l'état dans lequel elle était entrée au centre. Cette fois, son résultat était seulement de 14, indiquant une très faible estime de soi. Les raisons de cette amélioration de l'estime de soi chez Adèle sont citées plus haut dans l'article. Parmi les raisons évoquées, Adèle insiste surtout sur sa thérapie individuelle et sur le fait qu'à son arrivée au centre, les résidents l'ont beaucoup complimenté sur sa beauté, son intelligence. Cela était très marquant pour Adèle qui dit n'avoir jamais reçu de compliments auparavant.

ECHELLE D'AFFIRMATION DE SOI DE RATHUS

Cette échelle permet de mesurer les compétences d'affirmation de soi du patient via 30 items (Rathus, 1973). La validation française de cette échelle a été réalisée par Bouvard, Cottraux, Mollard, Messy & Defayolle (1986) et a été utilisée dans cet article. La réponse aux items se fait via une échelle de Likert allant de « tout à fait vrai » à « tout à fait faux ». Le score d'Adèle à cette échelle indique de très faibles compétences d'affirmation de soi.

THEORIE HOLISTIQUE

Une théorie holistique peut être proposée (voir **figure 2**) afin de mettre en évidence différentes relations hypothétiques entre les événements de vie, certains processus psychologiques et les problèmes rencontrés par Adèle.

Lors de l'anamnèse, Adèle a évoqué différents événements qui pourraient être à l'origine de certains processus psychologiques. Parmi ces événements, on retrouve une famille peu expressive sur le plan émotionnel. Cela a pu favoriser chez Adèle une tendance à la répression et au déni de ses émotions, mais aussi une aversion pour la détresse. Il est possible qu'Adèle n'ait pas eu souvent accès à son registre émotionnel dans une famille où l'expression des ressentis était considérée comme une faiblesse. Cela a pu jouer un rôle dans son problème d'alexithymie. En effet, des chercheurs soulignent l'existence d'une relation entre l'alexithymie et des interactions dysfonctionnelles entre l'enfant et sa famille. Le rôle de facteurs tels qu'une carence des soins maternels et un manque de gratifications affectives est notamment évoqué dans le développement de l'alexithymie (Berenbaum & Prince, 1994 ; Fukunishi et al., 1997 ; Sifneos, 1996, cités dans Farges & Farges, 2002). Cela est confirmé par les antécédents familiaux évoqués par Adèle. Par ailleurs, Adèle renvoie que ses parents avaient des exigences élevées (il faut affronter les difficultés même si c'est difficile et ne pas se plaindre) et qu'ils étaient peu valorisants vis-à-vis d'elle (p.ex., nécessité de notes parfaites). Cela a probablement contribué au développement d'une endurance élevée à la détresse chez la patiente ainsi que du perfectionnisme. Il est également possible que la réticence d'Adèle à parler de ses difficultés et de ses émotions négatives soit une réponse aux exigences et aux attentes parentales élevées. Au niveau des antécédents, Adèle évoque également les remarques négatives de ses parents et les moqueries de ses camarades par rapport à son poids. Nous supposons que ces facteurs ont participé à la construction d'une faible estime de soi chez la patiente.

Questionnaire	Résultats d'Adèle	Interprétation
Emotional Appetite Questionnaire (EMAQ)	Emotions négatives : 6.66 Situations négatives : 4.4 Emotions positives : 1 Situations positives : 1 EMAQ-NEG : 5.86 EMAQ-POS : 1	Très élevé Dans la moyenne Très faible Très faible Élevé Très faible
Binge Eating Scale (BES)	Score de 25	Présence d'hyperphagie boulimique
Yale Food Addiction Scale 2.0 (YFAS 2.0)	5 critères diagnostiques rencontrés plus une détresse significative associée à ces symptômes	Addiction modérée à la nourriture
Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2)	Recherche de la minceur : 9 Boulimie : 3 Insatisfaction corporelle : 8 Inefficacité : 1 Perfectionnisme : 11 Méfiance dans les relations interpersonnelles : 9 Conscience intéroceptive : 14 Peur de la maturité : 1 Ascétisme : 8 Contrôle des impulsions : 1 Insécurité sociale : 5	Élevé Élevé Dans la moyenne Dans la moyenne Élevé Très élevé Très élevé Très faible Très élevé Dans la moyenne Élevé
Questionnaire multidimensionnel d'évitement expérientiel (MEAQ)	Évitement comportemental : 42 Procrastination : 33 Distraction/suppression : 34 Répression/déni : 69 Endurance à la détresse : 58 Aversion à la détresse : 60	Élevé Élevé Élevé Élevé Élevé Très élevé
Toronto Alexithymia Scale 20 (TAS 20)	Score total de 91, supérieur au cut-off de 56	Très élevé
UPPS Impulsive Behavior Scale	Manque de préméditation : 19 Manque de persévérance : 17 Recherche de sensations : 38 Urgence : 38	Faible Faible Élevé Très élevé
Echelle d'estime de soi de Rosenberg	Score de 37 lors de la passation (remarque)	Excellente estime de soi
Echelle d'affirmation de soi de Rathus	Score de -16	Très faibles compétences d'affirmation de soi

Tableau 1 – Récapitulatif des échelles utilisées et des résultats obtenus par Adèle

La faible estime de Soi d'Adèle, les moqueries qu'elle a subies par rapport à sa surcharge pondérale et les régimes répétés de sa mère ont probablement généré une préoccupation importante par rapport à son poids chez elle ainsi que des difficultés d'affirmation de soi. En raison de cette préoccupation, Adèle a commencé dès l'adolescence à entamer des régimes où elle alternait des périodes de restriction alimentaire et des périodes de perte de contrôle. Cette succession de phases d'hypercontrôle et de perte de contrôle a pu amener Adèle à développer progressivement des accès hyperphagiques et à ne plus être à l'écoute de ses sensations internes (manque de conscience intéroceptive). Par ailleurs, le perfectionnisme d'Adèle renforce sa tendance à s'engager dans des

phases où elle fait très attention à son alimentation (ne consomme plus d'aliments plaisir au profit d'une alimentation saine très stricte) et des phases où elle craque et mange en excès.

Jusqu'à présent, les processus mis en évidence dans le cas d'Adèle sont : l'endurance très élevée à la détresse, l'aversion à la détresse, la répression/le déni, l'alexithymie, le perfectionnisme et la faible estime de soi.

Les processus psychologiques décrits ci-dessus jouent un rôle important dans l'explication des problèmes actuels d'Adèle. Un autre processus important est l'impulsivité et en particulier, la dimension d'urgence de ce concept. Adèle présente une tendance à réagir de manière impulsive en réponse à certaines émotions. Il est probable que son aversion pour la détresse, sa volonté de réprimer ses émotions ainsi que son incapacité à identifier et exprimer ses émotions, associées à cette impulsivité sous-tendent les difficultés de régulation émotionnelle que rencontre Adèle. Ces difficultés ont pu l'amener progressivement à utiliser la nourriture comme une tentative de suppression de l'émotion. En effet, la nourriture était devenue pour elle un moyen important de régulation émotionnelle. D'ailleurs, les émotions négatives étaient souvent le déclencheur des pertes de contrôle après une période de restriction alimentaire. Manger était une source de réconfort sur le moment-même, mais juste après, apparaissait la culpabilité d'avoir craqué une fois encore. Elle entrait alors, une fois de plus, dans une période de régime strict puis craquait, ce qui engendrait de nouveau des émotions négatives qu'elle apaisait par la nourriture. Adèle se trouvait donc dans un cercle vicieux. Outre le fait que l'alimentation émotionnelle entretenait ses accès hyperphagiques, ils renforçaient également son problème d'aversion à la détresse, de répression/déni et d'alexithymie.

Les conséquences émotionnelles des accès hyperphagiques et de l'alimentation émotionnelle ont probablement contribué à la péjoration des difficultés d'affirmation de soi, qui ont maintenu et renforcé ces accès, l'alimentation émotionnelle et la faible estime de soi.

Progressivement, cela a mené Adèle au stade de l'obésité morbide. A l'âge de 33 ans, Adèle bénéficie du by-pass. Après une période de bien-être liée à la perte de poids rapide et importante, la patiente est à nouveau confrontée progressivement aux émotions négatives liées à son quotidien difficile, et notamment aux difficultés conjugales qui persistent. Cependant, comme expliqué ci-dessus, Adèle éprouve une aversion importante pour les émotions négatives qu'elle veut éviter le plus possible. Depuis l'opération, elle est dans l'impossibilité de soulager son mal-être par la nourriture. Son impulsivité peut l'amener à faire « *n'importe quoi* » pour diminuer un état émotionnel désagréable. Elle commence alors à boire du vin le soir afin de se détendre et de diminuer le stress. Les doses augmentent petit à petit. A ce niveau deux éléments sont également à prendre en compte : le changement de la pharmacocinétique postopératoire de l'alcool et la présence d'antécédents de TUA dans la famille d'Adèle. Rappelons-le, après la chirurgie bariatrique, les patients sont plus sensibles à l'alcool, car ses effets sont plus rapides, plus importants et durent plus longtemps (Hagedorn et al., 2007 ; Klockhoff et al., 2002 ; Pepino et al., 2015). Cela a pu contribuer au fait qu'Adèle devienne rapidement dépendante de l'alcool qu'elle utilisait comme une stratégie inadaptée de régulation émotionnelle. De plus, la présence d'antécédents de problèmes liés à l'alcool dans sa famille constitue un facteur de risque de l'alcoolodépendance (Dawson, Harford, & Grant, 1992). Ainsi, au bout de deux ans, s'est installée une dépendance à l'alcool chez Adèle. Notre schéma montre également que le recours à l'alcool comme stratégie de régulation va renforcer la faible estime de soi,

le perfectionnisme, le déficit d'affirmation de soi de la patiente, mais également les processus psychologiques d'endurance très élevée à la détresse, d'aversion à la détresse, de répression/déni, d'alexithymie et d'impulsivité.

Lorsqu'elle a arrêté l'alcool, la nourriture est réapparue comme une stratégie pour faire face aux émotions qu'elle considérait comme intolérables. Cela explique l'augmentation de son poids, mais aussi le fait qu'elle évoque rarement des envies d'alcool malgré l'exposition à des situations difficiles puisque, désormais, ces situations étaient de nouveau gérées par la nourriture. Ce retour à l'alimentation émotionnelle a pu provoquer la réémergence d'accès hyperphagiques chez la patiente qui se caractérisaient par l'absorption très rapide (en quelques minutes) de quantités objectivement importantes de sucreries (plusieurs Léos, Mars, Sncikers, cookies, etc.) avec une sensation de perte de contrôle alimentaire. En parallèle, elle développait un rapport de plus en plus addictif à la nourriture.

Notre étude de cas montre que la patiente présente donc deux problèmes (une dépendance à l'alcool et un trouble alimentaire) qui ne sont pas « actifs » en même temps, mais vont se substituer l'un à l'autre en fonction des interventions thérapeutiques menées. Ces problèmes génèrent beaucoup de honte et de culpabilité chez la patiente, ce qui renforce davantage sa mauvaise estime de soi ainsi que les stratégies de régulation émotionnelle inadaptées menant aux comportements problématiques.

Les conséquences actuelles de ces problèmes se manifestent à différents niveaux de sa vie. Sur le plan physique, la patiente évoque un épuisement physique, une cirrhose hépatique et des variations de poids importantes. Au niveau psychologique, elle évoque une humeur dépressive, une certaine négligence vis-à-vis d'elle-même, beaucoup de dévalorisation de soi et une gêne par rapport au regard des autres. Sur le plan familial, la patiente explique que ses problèmes l'ont amenée à abandonner ses responsabilités familiales et à installer une distance dans sa relation avec sa fille et les membres de sa famille (même si ces relations se sont un peu améliorées depuis son arrivée au centre). Au niveau social, elle s'isole et a perdu des amis. Sur le plan professionnel, elle n'a plus d'emploi et n'avait pas les ressources pour en chercher un autre.

La théorie holistique nous éclaire quant aux mécanismes psychologiques ayant pu mener Adèle à développer un TUA postopératoire. Nous pensons que sa tendance à l'évitement expérientiel (aversion à la détresse, répression/déni) et son alexithymie ont joué un rôle clé dans le développement de ses difficultés. Associées à une impulsivité importante, elles ont d'abord mené la patiente à utiliser la nourriture comme une stratégie de régulation émotionnelle inadaptée. Après le by-pass, ces mêmes processus ont mené la patiente à utiliser l'alcool comme stratégie de régulation émotionnelle, car malheureusement, les problèmes dont elle souffrait avant l'opération sont restés intacts après l'opération. Le by-pass peut donc être considéré comme un des facteurs déclencheurs du TUA chez Adèle, mais il ne s'agit pas de la seule cause de son TUA.

Cette théorie holistique qui a été réalisée avec la patiente, a permis de clarifier les relations entre les différents problèmes présentés par Adèle. Par la suite, elle a permis de guider le travail thérapeutique.

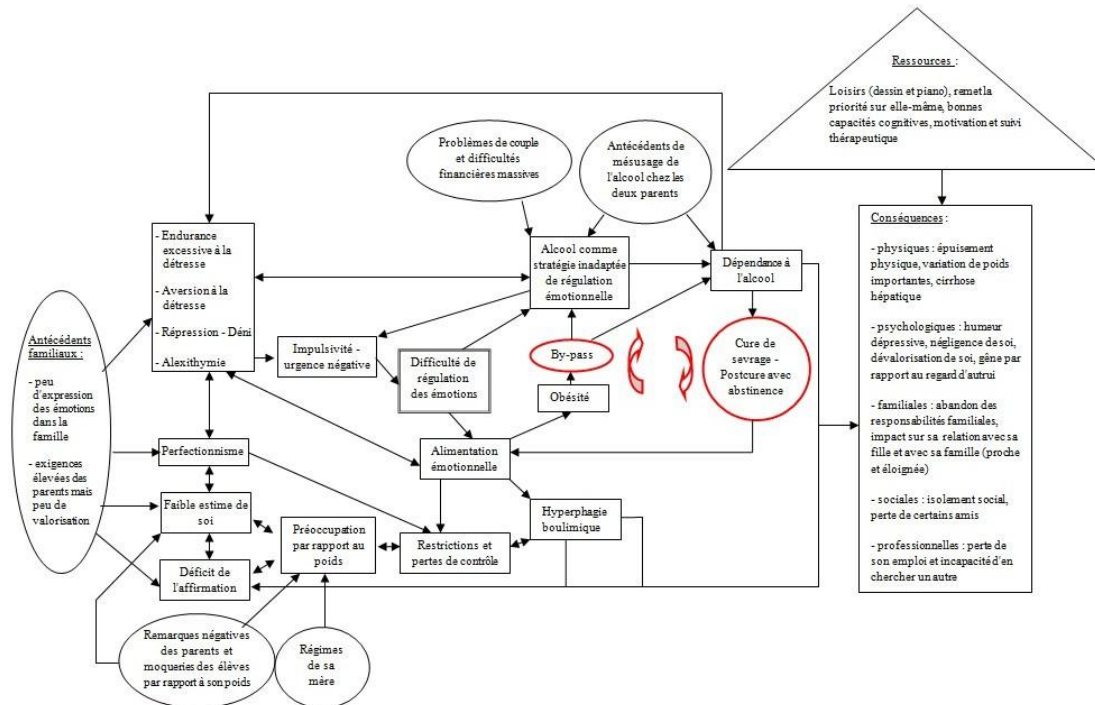


Figure 2 – Théorie holistique d'Adèle

INTERVENTIONS ET EVOLUTION D'ADELE

La théorie holistique reprise ci-dessus indique une relation étroite entre nourriture et alcool chez Adèle. Que ce soit l'alcool ou la nourriture, l'un et l'autre représentent des stratégies de régulation émotionnelle inadaptées afin d'éviter des émotions désagréables. Désormais, le travail thérapeutique doit donc se recentrer non pas sur le traitement des problèmes alimentaires ou du TUA d'Adèle séparément, mais sur les stratégies de régulation des émotions qui représentent le processus commun à ces deux problèmes. La fonction de ces deux comportements étant la régulation des émotions, nous avons axé la suite de la thérapie sur l'acquisition de stratégies plus adaptées pour faire face à des émotions et des situations négatives. Plusieurs objectifs thérapeutiques sont formulés avec Adèle et différents outils thérapeutiques sont utilisés en considérant que la régulation émotionnelle renvoie aux "processus par lesquels nous influençons les émotions que nous avons, quand nous les avons, et comment nous les ressentons et les exprimons." (Gross, 2002, p. 282). Les objectifs thérapeutiques et interventions mises en place sont repris dans le **tableau 2**. Au-delà des interventions reprises dans le tableau et menées par les psychothérapeutes, de multiples facettes de l'institution (le cadre, les règles, la notion d'engagement, les ateliers de relooking, de dessin, l'élaboration de projets, le sport, etc.) ont également participé à l'évolution d'Adèle.

Objectifs thérapeutiques	Interventions
Apprendre à identifier et à nommer les émotions ressenties	Psychoéducation sur les émotions (les différentes émotions, comment elles se manifestent, etc.)
Accepter davantage les émotions désagréables	Le modèle de Barlow (Barlow & Allen, 2007) au sujet des effets des tentatives de suppression des émotions a été exploité. Nous avons également fait de la psychoéducation à ce stade afin d'aider Adèle à comprendre que les émotions, même celles qui sont vécues comme désagréables, ont une fonction et ne sont pas dangereuses.
Comprendre les processus (les situations, les émotions et les pensées) la menant à l'alcool et/ou à la nourriture	Exercices d'auto-observation, analyses fonctionnelles. Identification des cercles vicieux dans son fonctionnement grâce à l'utilisation de la théorie holistique.
Réfléchir aux conséquences des stratégies de régulation émotionnelle inadaptées, aux risques de les maintenir	Réalisation de la balance décisionnelle.
Développer des stratégies plus adaptées pour faire face aux émotions, dont : <ul style="list-style-type: none"> - exprimer plus ses émotions et les difficultés qu'elle ressent - apprendre à demander de l'aide - développer ses capacités d'affirmation de soi 	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des situations où les problèmes de régulation émotionnelle apparaissent et où la patiente a envie de boire ou de manger - Restructuration cognitive pour interpréter certaines situations de façon plus réaliste et réduire l'intensité des émotions - Relaxation et techniques de respiration pour diminuer son niveau d'éveil physiologique et lui permettre de réagir de façon moins impulsive en réponse à des émotions désagréables. - Techniques de résolution de problèmes - Mise en place d'activités de loisir telles que le sport et le dessin pour augmenter les émotions positives - Participation à un groupe d'affirmation de soi et entretiens individuels d'approfondissement (avec jeux de rôle avec la thérapeute)

Tableau 2 – Objectifs et interventions thérapeutiques mis en place dans la prise en charge d'Adèle

L'acquisition de ces outils thérapeutiques nécessite du temps. Dans un premier temps, la patiente continue ainsi à prendre du poids. L'équipe lui propose de l'aider à cadrer ses prises alimentaires, elle ne le souhaite pas, elle veut y arriver seule. La patiente a tendance à se fermer sur le sujet. Elle décrit un comportement alimentaire « adéquat », ce qui n'explique pas la poursuite de sa prise de poids qu'elle a tendance à minimiser, la patiente nous semble peu authentique. Adèle manifeste des réticences à quitter la stratégie de régulation qu'est la nourriture, car lorsque nous analysons avec elle les conséquences de chaque stratégie, pour chacune d'entre elles, les conséquences négatives sont plus importantes que les bénéfiques, mais les conséquences négatives du recours à l'alcool sont plus élevées que celles liées à la nourriture. Après l'utilisation des techniques d'entretien motivationnel (p.ex., la balance décisionnelle), Adèle comprend l'intérêt de sortir de ces fonctionnements, les risques de s'y maintenir et la nécessité d'en expérimenter d'autres. Ainsi, au cours des mois qui suivent, Adèle s'entraîne à exprimer davantage ses émotions face aux résidents concernant les tâches journalières afin de se fatiguer un peu moins et peut exprimer ses émotions à sa fille par la mise en place d'entretiens de famille. Elle peut vérifier que les craintes qui l'amenaient à ne pas s'affirmer sont infondées (ex. : *"si je demande de l'aide, les autres vont penser que je ne suis pas à la hauteur"*). De plus, Adèle développe une nouvelle relation affective. Si cette relation ne se poursuit pas très

longtemps et engendre des émotions compliquées, Adèle parvient à en parler plus facilement et à les gérer autrement que dans le passé.

Ces tentatives d'exprimer plus ses émotions et de les gérer de façon plus adaptée permettent d'obtenir des résultats quant à l'évolution du poids d'Adèle et sa consommation d'alcool. Elle va réussir bientôt à stabiliser son poids, tout en maintenant son abstinence.

Plus précisément, concernant l'évolution de son poids lors de la prise en charge, Adèle ne prend qu'un kilo les trois premiers mois de son entrée (de janvier à mars). De mars à avril, elle prend 5 kilos en raison d'une meilleure hygiène alimentaire fortement encouragée et suivie par l'équipe médicale. De début avril à mi-avril, elle prend près de 5 kilos. Cela coïncide avec les problèmes qu'elle a commencé à rencontrer au centre et à l'extérieur (sentiment de dépassement dans les tâches de la vie journalière, difficultés relationnelles avec sa fille, consommations cachées de sa mère, etc.). Survient ensuite une courte période de stabilisation de mi-avril à mai. Nous supposons que cela pourrait être dû à des efforts alimentaires et à la mise en place d'une première relation affective de courte durée. Elle prend 10 kilos entre mai et juin. Durant cette période, la patiente rencontre des difficultés à honorer ses factures au centre. Cela génère chez elle de la honte et des inquiétudes vis-à-vis de l'équipe. Le fait de devoir demander de l'aide à son père augmente encore plus l'inconfort ressenti. Elle continue de prendre progressivement du poids par la suite jusqu'en août, mais de façon plus lente qu'au début. Et à partir du mois d'août, elle parvient à stabiliser son poids. Cela pourrait être dû au fait que la patiente commence à expérimenter de nouvelles stratégies de régulation émotionnelle. Ces diverses observations permettent de conforter les objectifs thérapeutiques avec Adèle : d'une part, l'amélioration de la régulation des émotions désagréables et d'autre part la mise en place d'activités sources d'émotions agréables dans lesquelles la patiente peut s'épanouir.

En ce qui concerne l'alcool, nous proposons à Adèle de davantage s'exposer seule à l'extérieur pour évaluer ses fragilités éventuelles. Au cours de son séjour au centre, Adèle se maintient abstinente, exprime les bénéfices liés à cet état. Il y a quelques envies d'alcool qu'elle exprime davantage et qui sont amenées dans des contextes où la patiente est confrontée à des situations festives. Elle rapporte un peu de nostalgie de ne pas pouvoir consommer, mais les envies sont gérées et n'aboutissent pas à un retour au produit.

Vers le sixième mois de son entrée, Adèle exprime son désir de quitter le centre. D'une part, plusieurs résidents avec lesquels elle avait développé de bons liens ont terminé leur postcure et d'autre part, elle pense qu'elle serait plus utile auprès de sa mère qui allait perdre un peu d'autonomie suite à une intervention chirurgicale prévue. Elle nous quitte au début du huitième mois. Pour l'équipe, Adèle a quitté la postcure trop tôt, elle commençait à mettre en pratique de nouveaux comportements, mais ceux-ci n'ont guère pu être consolidés. La mise en place d'un suivi ambulatoire lui a été conseillée afin de poursuivre le travail entrepris.

Discussion

Les études menées jusqu'à présent sur la relation entre chirurgie bariatrique et TUA ont surtout évalué la prévalence du TUA après l'opération et les changements induits par l'opération dans la

pharmacocinétique de l'alcool. Peu de choses sont connues sur les mécanismes psychologiques sous-jacents à ce phénomène. L'objectif de cette étude de cas était d'identifier les mécanismes psychologiques ayant pu mener Adèle, une patiente sans antécédent de problèmes avec l'alcool, à développer un TUA après un by-pass. Plusieurs mécanismes ont été identifiés par notre étude comme ayant contribué au TUA de la patiente après le by-pass. Il s'agit en particulier, de l'évitement expérientiel (manifesté par l'aversion à la détresse et la répression/le déni), de l'alexithymie, de l'impulsivité et des difficultés de régulation émotionnelle.

Nous pouvons remarquer que ces mécanismes sont des facteurs de risque communs aux deux problèmes présentés par Adèle : les problèmes alimentaires (hyperphagie boulimique et alimentation émotionnelle) et la dépendance à l'alcool. En effet, plusieurs études ont déjà montré l'existence d'une relation entre l'impulsivité et la dépendance à l'alcool ainsi que les troubles du comportement alimentaire (Bénard et al., 2019 ; Jacubczyk et al., 2018 ; Waxman, 2009). Concernant l'alexithymie, Speranza et al., (2004, cité dans Gandolphe & Nandrino, 2012) ont trouvé des taux plus élevés d'alexithymie parmi les sujets souffrant de trouble alimentaire et parmi ceux souffrant de dépendance à l'alcool en comparaison à des sujets contrôles. De plus, plusieurs chercheurs ont montré un déficit de régulation émotionnelle chez les sujets présentant un trouble alimentaire ou une dépendance à l'alcool et pour qui, la nourriture ou l'alcool devenait une stratégie de régulation émotionnelle inadaptée pour éviter des états émotionnels désagréables (Dumont et al., 2016 ; Gianini, White, & Masheb, 2013 ; Prefit, Cîndea, & Szentagotai-Tătar, 2019 ; Van Strien, 2018). On trouve également un niveau plus élevé d'évitement expérientiel chez des sujets ayant des antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool en comparaison à des sujets ne présentant pas ce type d'antécédent (Levin et al., 2012). L'évitement expérientiel a été identifié comme un médiateur de la relation entre les affects négatifs et le binge eating (Kingston, Clarke, & Remington, 2010). L'existence de ces mécanismes préalablement à l'opération ont amené Adèle à utiliser dans un premier lieu la nourriture face à des émotions négatives qu'elle veut éviter de ressentir à tout prix. La nourriture avait donc une fonction très particulière pour Adèle avant l'opération. La chirurgie bariatrique, en engendrant une impossibilité de se nourrir comme avant pour soulager des émotions, a provoqué le passage de la nourriture à l'alcool comme nouvelle stratégie de régulation émotionnelle chez une patiente qui présentait déjà des facteurs de risque pour un TUA.

Les résultats issus de cette étude de cas rejoignent ceux de chercheurs ayant précédemment mené des études qualitatives sur ce même sujet (Ivezaj et al., 2012 ; Reaves et al., 2019 ; Yoder, MacNeela, Conway, & Heary, 2018). Notamment, Yoder et al. (2018) ont réalisé des entretiens avec huit personnes souffrant de TUA et présentant un antécédent de chirurgie bariatrique. Ces entretiens leur ont permis de développer la théorie "*Filling the void*". Un des principaux éléments mentionnés par les participants concernait "des problèmes psychologiques non résolus". En effet, beaucoup d'entre eux rapportaient des antécédents de trauma, des difficultés d'attachement dans l'enfance, des pertes importantes (p.ex., deuils) et des difficultés de gestion émotionnelle induites par ces événements. La nourriture était pour ces patients un moyen de se reconforter face à ces problèmes psychologiques, mais aussi d'induire des émotions positives. Après l'opération, l'alcool a remplacé la nourriture comme stratégie de coping, le recours à la nourriture étant impossible ou moins efficace pour la gestion des émotions. L'alcool venait donc combler un vide dans les stratégies de coping de ces patients.

Au regard de ces données, nous pourrions formuler l'hypothèse que des problèmes alimentaires préopératoires pourraient prédire le TUA postopératoire. Cependant, les études portant sur la valeur prédictive des problèmes alimentaires préopératoires sur la consommation d'alcool postopératoire ont amené des résultats mitigés. Par exemple, Freire, Zanella, Arasaki, Segal et Carneiro (2019) ont montré que l'hyperphagie boulimique préopératoire ne permettait pas de prédire le TUA douze ans après l'opération alors que Guisado Macias et Vaz Leal (2003) ont trouvé plus de symptômes de dépendance à l'alcool chez les sujets présentant de l'hyperphagie boulimique en préopératoire en comparaison à ceux qui n'en présentaient pas. D'autres études doivent être menées dans ce domaine au vu de ces résultats, d'autant plus qu'il existe un taux élevé de troubles alimentaires chez les candidats à la chirurgie bariatrique. En effet, une méta-analyse récente indique une prévalence de 17% d'hyperphagie boulimique chez les candidats à la chirurgie bariatrique (Dawes et al., 2016).

La chirurgie bariatrique est une intervention souhaitée et pratiquée de plus en plus souvent, et surtout en Belgique où plus de 13 000 opérations ont été réalisées en 2016 (Louwagie et al., 2019). Cela souligne la nécessité de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents au développement d'un TUA postopératoire afin de repérer les personnes à risque d'en souffrir après la chirurgie et de mettre en place des mesures de prévention. L'établissement de ce type de mesure est d'autant plus important que la chirurgie est une procédure qui devrait améliorer la qualité de vie des personnes. Le fait que certains patients développent une dépendance à l'alcool postopératoire constitue un risque important pour leur bien-être psychologique et physique.

Implications cliniques

En termes d'implications cliniques, l'étude de cas d'Adèle indique que des mesures devraient être prises dans les centres de traitement d'addiction pour ces patients.

Dans un premier temps, il faudrait davantage sensibiliser les équipes à l'existence de ce phénomène et les former à ce sujet. Les conséquences de la chirurgie bariatrique, et en particulier du by-pass sur la consommation d'alcool postopératoire sont encore peu connues du grand public, mais aussi parmi les professionnels de la santé mentale. C'était également le cas des professionnels au sein de notre institution. Avant l'arrivée d'Adèle à l'Espérance, l'équipe n'était pas sensibilisée aux données de la littérature évoquant un risque accru de développer un TUA consécutivement à une chirurgie bariatrique. Durant les premiers mois de postcure, l'équipe n'a probablement pas été assez attentive à certains comportements d'Adèle (p.ex., ses achats fréquents de nourriture) et à la place que prenait la nourriture dans sa chambre. Les recours à la nourriture d'Adèle ont été non seulement banalisés, mais aussi renforcés par l'équipe vu son IMC insuffisant à l'entrée. Pour des cas similaires à celui d'Adèle, la conséquence de ce manque de formation des équipes pourrait être que certains patients maintiennent des stratégies de régulation émotionnelle inadéquates si le travail n'est pas orienté vers un apprentissage de nouvelles stratégies de régulation émotionnelle.

Dans un second temps, il serait important de déterminer systématiquement la présence ou non d'antécédent de chirurgie bariatrique chez les patients intégrant un programme de traitement pour

abus d'alcool. Pour ces patients, il serait intéressant d'investiguer si cette intervention a joué un rôle dans le TUA et d'évaluer le comportement alimentaire avant et depuis l'opération.

Ensuite, il serait intéressant de renforcer le programme thérapeutique par des actions visant la régulation des émotions. En effet, les difficultés de régulation émotionnelle sont au centre des problèmes d'Adèle. C'est probablement le cas d'autres personnes qui ont également eu recours à la chirurgie bariatrique et qui ont développé un TUA par la suite. Il s'agit donc d'évaluer quelles stratégies le patient utilise pour réguler des émotions désagréables et de faire un travail sur celles-ci si elles ont contribué au TUA du patient.

Enfin, les professionnels doivent être attentifs à ce que le cadre thérapeutique permette au patient de développer de nouvelles stratégies de régulation émotionnelle autre que l'alcool ou la nourriture. A l'Espérance, il n'existe pas de règle et de contrôle concernant l'apport de nourriture venant de l'extérieur. Cette absence de règle, a permis à Adèle de pouvoir faire entrer de la nourriture à sa guise et de faire face à ses difficultés en utilisant la nourriture, ce qui a compliqué sa prise en charge. Cependant, en supposant que ces règles soient mises en place, et pour éviter de tomber dans un phénomène de restriction cognitive institutionnelle, il pourrait être intéressant de proposer aux patients présentant des problématiques similaires à celles d'Adèle, des exercices de dégustation encadrés d'aliments pour lesquels ils ont une forte appétence et pour lesquels ils craquent le plus souvent.

Ci-dessus, ont été décrites les mesures qui pourraient être prises dans les centres de traitement de l'abus de substance lorsque des patients avec antécédent de chirurgie bariatrique y sont accueillis. Cependant, le cas d'Adèle donne également à réfléchir sur la procédure d'évaluation des candidats à la chirurgie bariatrique et leur suivi. D'abord, il serait judicieux d'informer les patients des risques accrus de TUA après l'opération. Ensuite, un suivi préopératoire semble être indiqué pour les patients présentant des difficultés de gestion des émotions, une tendance à l'évitement expérientiel, de l'alexithymie ou de l'impulsivité. Il serait opportun de leur proposer un travail thérapeutique axé sur ces mécanismes psychologiques, même si cela devait retarder la date de l'opération. Cependant, bien qu'il soit généralement proposé, le travail préopératoire est rarement accepté du fait des attentes hautement irréalistes des patients dont beaucoup pensent que cette opération sera une solution magique à tous leurs problèmes. Enfin, il est important de conscientiser les patients sur l'importance de poursuivre ce travail en aval de l'intervention et de maintenir un suivi à long terme puisque, comme indiqué dans la littérature scientifique et observé dans le cas d'Adèle, les problèmes liés à l'alcool apparaissent environ deux ans après l'opération.

Pour terminer, notre analyse de cas comporte plusieurs limites. Au centre de postcure, nous n'utilisons pas systématiquement des questionnaires d'évaluation en début et en fin de séjour. Dans le cas d'Adèle, les questionnaires qui ont permis de mettre en évidence les mécanismes psychologiques intervenant dans sa théorie holistique ont été complétés vers le troisième mois de sa postcure. Il aurait été plus opportun de lui avoir fait passer ces questionnaires à son entrée en postcure car ses résultats (notamment à l'échelle de Rosenberg) étaient sans doute tronqués par certains apprentissages et bienfaits liés au travail déjà réalisé en postcure. Une deuxième limite concerne l'utilisation de questionnaires auto-rapportés et le risque que les réponses de la patiente aient été biaisées par un phénomène de désirabilité sociale. L'absence de mesure après la prise en charge visant à évaluer les

effets de la thérapie en suivi constitue une autre limite de notre étude, mais l'objectif de cette étude était moins centré sur l'évaluation de l'efficacité de la prise en charge réalisée avec la patiente, que de comprendre le lien entre chirurgie bariatrique et TUA dans son cas. Enfin, une évaluation neuropsychologique afin d'identifier si les fonctions exécutives du patient ont été touchées par l'alcool ne se fait pas non plus systématiquement en début de séjour au centre. Chez nombre de nos patients, cette fonction est touchée et nous devrions davantage en tenir compte dans le processus de revalidation. Afin de pouvoir bénéficier pleinement de certains programmes psychothérapeutiques, il serait probablement intéressant de les proposer à des moments appropriés quand la récupération cognitive peut avoir été objectivée, par les testings en cours de postcure. En ce qui concerne Adèle, on peut se demander si elle présentait des déficits cognitifs et si ceux-ci ne sont pas intervenus dans sa difficulté à mettre en pratique de nouvelles stratégies de régulation émotionnelle au détriment de stratégies qu'elle connaissait bien mieux, en l'occurrence le recours à la nourriture.

Malgré les limites mentionnées ci-dessus, cette étude de cas apporte un éclairage quant aux causes et mécanismes potentiels menant au TUA après une chirurgie bariatrique. Cependant, les informations issues de cette étude ne peuvent pas être généralisées à l'ensemble des personnes ayant développé un TUA après la chirurgie bariatrique. Des études longitudinales menées sur de grands échantillons devraient déterminer quels sont les mécanismes psychologiques sous-jacents à l'apparition de problèmes liés à la consommation d'alcool chez des personnes qui ont fait la chirurgie bariatrique.

En conclusion, cette étude de cas suggère que l'interaction de plusieurs mécanismes psychologiques ont amené Adèle à développer peu à peu un TUA après son by-pass. Ces différents mécanismes, à savoir, l'évitement expérientiel, l'alexithymie, l'impulsivité et les problèmes de régulation émotionnelle devraient faire l'objet de futures recherches concernant leur possible rôle dans l'apparition postopératoire d'un TUA. Par ailleurs, au vu de l'augmentation du nombre d'interventions bariatriques, il faut s'attendre à une augmentation du taux de patients ayant ce type d'antécédent dans les centres de traitement de l'abus de substance. C'est pourquoi les recherches devraient également s'axer sur le développement d'un programme pouvant répondre aux exigences de cette double problématique étant donné que chacune d'elles est considérée comme une question de santé publique.

Références

Alfonsson, S., Sundbom, M., & Ghaderi, A. (2014). Is age a better predictor of weight loss one year after gastric bypass than symptoms of disordered eating, depression, adult ADHD and alcohol consumption ?. *Eating Behaviors*, 15(4), 644-647. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.08.024

Avila, C., Holloway, A. C., Hahn, M. K., Morrison, K. M., Restivo, M., Anglin, R., & Taylor, V. H. (2015). An overview of links between obesity and mental health. *Current Obesity Reports*, 4(3), 303-310. doi:10.1007/s13679-015-0164-9

Bagby, R.B., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 23-32. doi:10.1016/0022-3999(94)90005-1

Barlow, D.H., & Allen, L.B. (2007). The scientific basis of psychological treatments for anxiety disorders: past, present and future. In J.M. Gorman (Ed.), *Fears and anxiety: Benefits of translational research*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Bénard, M., Bellisle, F., Kesse-Guyot, E., Julia, C., Andreeva, V. A., Etilé, F., ... & Péneau, S. (2019). Impulsivity is associated with food intake, snacking, and eating disorders in a general population. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(1), 117-126. doi:10.1093/ajcn/nqy255

Berenbaum, H., & Prince, J. D. (1994). Alexithymia and the interpretation of emotion relevant information, *Cognition and Emotion*, 8 (3), 231-244. doi:10.1080/02699939408408939

Bourdier, L., Lalanne, C., Morvan, Y., Kern, L., Romo, L., & Berthoz, S. (2017). Validation and factor structure of the French-language version of the Emotional Appetite Questionnaire (EMAQ). *Frontiers in Psychology*, 8, 442. doi:10.3389/fpsyg.2017.00442

Bouvard, M., & Cottraux, J. (2010). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie* (5è éd.). Issy-les-Moulineaux cedex : Elsevier Masson.

Bouvard, M., Cottraux, J., Mollard, E., Messy, P., & Defayolle, M. (1986). Validation et analyse factorielle de l'échelle d'affirmation de soi de Rathus. *Psychologie Médicale*, 18(5), 759-763.

Bray, G. A. (2004). Medical consequences of obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(6), 2583-2589. doi:10.1210/jc.2004-0535

Brunault, P., Gaillard, P., Ballon, N., Couet, C., Isnard, P., Cook, S., ... & Courtois, R. (2016). Validation de la version française de la Binge Eating Scale : étude de sa structure factorielle, de sa consistance interne et de sa validité de construit en population clinique et non clinique. *L'Encéphale*, 42(5), 426-433. doi:10.1016/j.encep.2016.02.009

Brunault, P., Courtois, R., Gearhardt, A. N., Gaillard, P., Journiac, K., Cathelain, S., ... & Ballon, N. (2017). Validation of the French version of the DSM-5 Yale Food Addiction Scale (YFAS 2.0) in a nonclinical sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(3), 199-210. doi:10.1177/0706743716673320

Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., Jensen, M. D., Pories, W., Fahrbach, K., & Schoelles, K. (2004). Bariatric surgery : a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 292(14), 1724-1737. doi:10.1001/jama.292.14.1724

Changchien, E. M., Woodard, G. A., Hernandez- Boussard, T., & Morton, J. M. (2012). Normal alcohol metabolism after gastric banding and sleeve gastrectomy: a case- cross-over trial. *Journal of the American College of Surgeons*, 215(4), 475-479. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2012.06.008

Compton, W. M., & Volkow, N. D. (2006). Abuse of prescription drugs and the risk of addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, S4-S7. doi:10.1016/j.drugalcdep.2005.10.020

Cuellar-Barboza, A. B., Frye, M. A., Grothe, K., Prieto, M. L., Schneekloth, T. D., Loukianova, L. L., & Abulseoud, O. A.

(2015). Change in consumption patterns for treatment-seeking patients with alcohol use disorder post-bariatric surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(3), 199-204. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.06.019

Dawes, A. J., Maggard-Gibbons, M., Maher, A. R., Booth, M. J., Miake-Lye, I., Beroes, J. M., & Shekelle, P. G. (2016). Mental health conditions among patients seeking and undergoing bariatric surgery: A meta- analysis. *Journal of the American Medical Association*, 315(2), 150-163. doi:10.1001/jama.2015.18118

Dawson, D. A., Harford, T. C., & Grant, B. F. (1992). Family history as a predictor of alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16(3), 572-575. doi:10.1111/j.1530-0277.1992.tb01419.x

- Dumont, A., Turner, S., Batel, P., Darbeda, S., Kalamarides, S., & Lejoyeux, M. (2016). Le déficit de la régulation émotionnelle chez les patients addicts. *Alcoologie et Addictologie*, 38(1), 71-77.
- Ertelt, T. W., Mitchell, J. E., Lancaster, K., Crosby, R. D., Steffen, K. J., & Marino, J. M. (2008). Alcohol abuse and dependence before and after bariatric surgery : a review of the literature and report of a new data set. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 4(5), 647-650. doi: 10.1016/j.soard.2008.01.004
- Farges, F., & Farges, S. (2002). Alexithymie et substances psychoactives : revue critique de la littérature. *Psychotropes*, 8(2), 47-74.
- Ferrario, C., Pralong, F. P., Daeppen, J. B., & Favre, L. (2016). Chirurgie bariatrique et risque accru de dépendance à l'alcool. *Revue Médicale Suisse*, 12(511), 602-605. Retrieved from <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-511/Chirurgie-bariatrique-et-risque-accru-de-dependance-a-l-alcool>
- Freire, C. C., Zanella, M. T., Arasaki, C. H., Segal, A., & Carneiro, G. (2019). Binge eating disorder is not predictive of alcohol abuse disorders in long-term follow-up period after Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-6. doi:10.1007/s40519-019-00663-2
- Fukunishi, I., Kawamura, N., Ishikawa, T., Ago, Y., Sei, H., Morita, Y., & Rahe, R.H. (1997). Mothers' lowcare in the development of alexithymia : a preliminary study in Japanese college students. *Psychological Reports*, 80(1), 143-146. doi:10.2466/pr0.1997.80.1.143
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance : the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 23(3), 692-713. doi:10.1037/a0023242
- Gandolphe, M. C., & Nandrino, J. L. (2012). Dérèglements émotionnels chez les consommateurs de substances psychoactives: une revue de la littérature. *Psychologie Française*, 57(4), 251-275. doi:10.1016/j.psfr.2012.09.002
- Garner, D. M. (1991). *Eating disorder inventory-2: Professional manual*. Floride: Odessa.
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2016). Development of the Yale Food Addiction Scale version 2.0. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(1), 113-121. doi:10.1037/adb0000136.
- Geliebter, A., & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3(4), 341-347. doi:10.1016/s1471-0153(02)00100-9
- Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 14(3), 309-313. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.05.008
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47-55. doi:10.1016/0306-4603(82)90024-7
- Gross, J.J. (2002). Emotion regulation : affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. doi:10.1017/s0048577201393198
- Guisado Macias, J. A., & Vaz Leal, F. J. (2003). Psychopathological differences between morbidly obese binge eaters and non- binge eaters after bariatric surgery. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 8(4), 315-318. doi:10.1007/bf03325032
- Hagedorn, J. C., Encarnacion, B., Brat, G. A., & Morton, J. M. (2007). Does gastric bypass alter alcohol metabolism?. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 3(5), 543-548. doi:10.1016/j.soard.2007.07.003
- Hardman, C. A., & Christiansen, P. (2018). Psychological issues and alcohol misuse following bariatric surgery. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(7), 377-378. doi:10.1038/s41574-018-0006-4

Ibrahim, N., Alameddine, M., Brennan, J., Sessine, M., Holliday, C., & Ghaferi, A. A. (2019). New onset alcohol use disorder following bariatric surgery. *Surgical Endoscopy*, 33(8), 2521-2530. doi: 10.1007/s00464-018-6545-x

Ivezaj, V., Benoit, S. C., Davis, J., Engel, S., Lloret-Linares, C., Mitchell, J. E., ... & Sogg, S. (2019). Changes in alcohol use after metabolic and bariatric surgery : predictors and mechanisms. *Current Psychiatry Reports*, 21(9), 85. doi: 10.1007/s11920-019-1070-8

Ivezaj, V., Saules, K. K., & Wiedemann, A. A. (2012). "I didn't see this coming.": why are postbariatric patients in substance abuse treatment? Patients' perceptions of etiology and future recommendations. *Obesity Surgery*, 22(8), 1308-1314. doi:10.1007/s11695-012-0668-2

Jakubczyk, A., Trucco, E. M., Kopera, M., Kobylński, P., Suszek, H., Fudalej, S., ... & Wojnar, M. (2018). The association between impulsivity, emotion regulation, and symptoms of alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 91, 49-56. doi:10.1016/j.jsat.2018.05.004

King, W. C., Chen, J. Y., Mitchell, J. E., Kalarchian, M. A., Steffen, K. J., Engel, S., Neyt, M., Dossche, D., Camberlin, C., Ten G., ... & Yanovski, S. Z. (2012). Prevalence of alcohol use disorders before and after bariatric surgery. *Journal of the American Medical Association*, 307(23), 2516-2525. doi:10.1001/jama.2012.6147

King, W. C., Chen, J. Y., Courcoulas, A. P., Dakin, G. F., Engel, S. G., Flum, D. R., & Yanovski, S. Z. (2017). Alcohol and other substance use after bariatric surgery: prospective evidence from a US, multicenter cohort study. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 13(8), 1392-1402. doi:10.1016/j.soard.2017.03.021

Kingston, J., Clarke, S., & Remington, B. (2010). Experiential avoidance and problem behavior : A mediational analysis. *Behavior Modification*, 34(2), 145-163. doi:10.1177/0145445510362575

Klockhoff, H., Näslund, I., & Jones, A. W. (2002). Faster absorption of ethanol and higher peak concentration in women after gastric bypass surgery. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 54(6), 587-591. doi:10.1046/j.1365-2125.2002.01698.x

Kolotkin, R. L., Kim, J., Davidson, L. E., Crosby, R. D., Hunt, S. C., & Adams, T. D. (2018). 12-year trajectory of health-related quality of life in gastric bypass patients versus comparison groups. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 14(9), 1359-1365. doi:10.1016/j.soard.2018.04.019

Levin, M. E., Lillis, J., Seeley, J., Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2012). Exploring the relationship between experiential avoidance, alcohol use disorders, and alcohol-related problems among first-year college students. *Journal of American College Health*, 60(6), 443-448. doi:10.1080/07448481.2012.673522

Loas, G., Corcos, M., Stephan, P., Pellet, J., Bizouard, P., Venisse, J. L., ... & Jeammet, P. (2001). Factorial structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: confirmatory factorial analyses in nonclinical and clinical samples. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(5), 255-261. doi:10.1016/s0022-3999(01)00197-0

Louwagie, P., Geuzendam, B., Van den Heede K., Van Brabandt, H. (2019). *Efficacité, sécurité et coût-efficacité de la chirurgie de l'obésité*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. Retrieved from <https://kce.fgov.be/fr/chirurgie-de-l%E2%80%99ob%C3%A9sit%C3%A9-est-elle-aussi-s%C3%BBre-et-efficace-pour-les-adolescents>

Maluenda, F., Csendes, A., De Aretxabala, X., Poniachik, J., Salvo, K., Delgado, I., & Rodriguez, P. (2010). Alcohol absorption modification after a laparoscopic sleeve gastrectomy due to obesity. *Obesity Surgery*, 20(6), 744-748. doi:10.1007/s11695-010-0136-9

Monestès, J.L., Bayens, C., Cheval, S., & Vilatte, M. (2012). *French translation of the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire*. Unpublished document.

OMS. (2003). *Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale : rapport d'une consultation de l'OMS*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.

Östlund, M. P., Backman, O., Marsk, R., Stockeld, D., Lagergren, J., Rasmussen, F., & Näslund, E. (2013). Increased admission for alcohol dependence after gastric bypass surgery compared with restrictive bariatric surgery. *Journal of the American Medical Association Surgery*, 148(4), 374-377. doi:10.1001/jamasurg.2013.700

Pepino, M. Y., Okunade, A. L., Eagon, J. C., Bartholow, B. D., Bucholz, K., & Klein, S. (2015). Effect of Roux-en-Y gastric bypass surgery : converting 2 alcoholic drinks to 4. *Journal of the American Medical Association Surgery*, 150(11), 1096-1098. doi:10.1001/jamasurg.2015.1884

Prefit, A. B., Cîndea, D. M., & Szentagotai- Tătar, A. (2019). Emotion regulation across eating pathology : A meta- analysis. *Appetite*, 104438. doi: 10.1016/j.appet.2019.104438

Rathus S.A. (1973). A thirty items schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 398-406. doi:10.1016/s0005-7894(73)80120-0

Reaves, D. L., Dickson, J. M., Halford, J. C., Christiansen, P., & Hardman, C. A. (2019). A qualitative analysis of problematic and non-problematic alcohol use after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 29(7), 2200-2209. doi:10.1007/s11695-019-03823-6

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Saules, K. K., Wiedemann, A., Ivezaj, V., Hopper, J. A., Foster-Hartsfield, J., & Schwarz, D. (2010). Bariatric surgery history among substance abuse treatment patients: prevalence and associated features. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 6(6), 615-621. doi:10.1016/j.soard.2009.12.008

Sifneos, P.E. (1996). Alexithymia : past and present. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 137-142. doi:10.1176/ajp.153.7.137

Spadola, C. E., Wagner, E. F., Varga, L. M., Syvertsen, J. L., De La Cruz Munoz, N. F., & Messiah, S. E. (2018). A qualitative examination of increased alcohol use after bariatric surgery among racially/ethnically diverse young adults. *Obesity Surgery*, 28(6), 1492-1497. doi:10.1007/s11695-017-3022-x

Spadola, C. E., Wagner, E. F., Dillon, F. R., Trepka, M. J., De La Cruz-Munoz, N., & Messiah, S. E. (2015). Alcohol and drug use among postoperative bariatric patients: a systematic review of the emerging research and its implications. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 39(9), 1582-1601. doi:10.1111/acer.12805.

Speranza, M., Corcos, M., Stephan, P., Loas, G., Perez-Diaz, F., Lang, F., & Jeammet, P. (2004). Alexithymia, depressive experiences, and dependency in addictive disorders. *Substance Use & Misuse*, 39(4), 551-579. doi:10.1081/ja-120030058

Svensson, P. A., Anveden, Å., Romeo, S., Peltonen, M., Ahlin, S., Burza, M. A., ... & Carlsson, L. M. S. (2013). Alcohol consumption and alcohol problems after bariatric surgery in the Swedish obese subjects study. *Obesity*, 21(12), 2444-2451. doi:10.1002/oby.20397

Vallieres, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25(2), 305-316. doi:10.1080/00207599008247865

Van der Linden, M., d'Acremont, M., Zermatten, A., Jermann, F., Larøi, F., Willems, S., ... & Bechara, A. (2006). A french adaptation of the UPPS impulsive behavior scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(1), 38-42. doi:10.1027/1015-5759.22.1.38

Van Strien, T. (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current Diabetes Reports*, 18(6), 35. doi: 10.1007/s11892-018-1000-x

Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., & Telang, F. (2008). Overlapping neuronal circuits in addiction and obesity: evidence of systems pathology. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3191-3200. doi:10.1098/rstb.2008.0107

Waxman, S. E. (2009). A systematic review of impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17(6), 408-425. doi:10.1002/erv.952

Whiteside, S.P., & Lynam, D.R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity : Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669-689. doi:10.1016/s0191-8869(00)00064-7

Wiedemann, A. A., Saules, K. K., & Ivezaj, V. (2013). Emergence of new onset substance use disorders among post-weight loss surgery patients. *Clinical Obesity*, 3(6), 194-201. doi:10.1111/cob.12034

Yoder, R., MacNeela, P., Conway, R., & Heary, C. (2018). How do individuals develop alcohol use disorder after bariatric surgery ? A grounded theory exploration. *Obesity Surgery*, 28(3), 717-724. doi:10.1007/s11695-017-2936-7

Note de l'auteur

Er Esin a travaillé de septembre 2018 à août 2019 à l'asbl l'Espérance (Groupe Jolimont). Elle travaille actuellement au Grand Hôpital de Charleroi. Cécile Vrebos travaille à l'asbl l'Espérance (Groupe Jolimont).

Les auteurs n'ont bénéficié d'aucune source de financement dans la réalisation de ce travail. Elles tiennent à remercier Jean-Marc Timmermans pour les commentaires qu'il a formulés sur ce manuscrit, les corrections qu'il y a apportées et pour le temps qu'il a consacré à l'analyse de ce cas. Les auteurs souhaitent également remercier Adèle sans qui ce travail n'aurait pas pu être réalisé et qui a accepté de partager des informations personnelles afin de pouvoir aider d'autres personnes.