

# Lorsque le patient **obèse** ne perd pas de poids ou continue à en prendre...

Rev Med Suisse 2012; 8: 673-7

V. Di Vetta  
J. Szymanski  
M. Clarisse  
V. Giusti

Véronique Di Vetta et Muriel Clarisse  
Diététiciennes diplômées  
Jennifer Szymanski, psychologue  
Dr Vittorio Giusti  
Consultation d'obésité et des troubles  
du comportement alimentaire  
Service d'endocrinologie, diabétologie  
et métabolisme  
CHUV, 1011 Lausanne  
veronique.divetta@hospvd.ch  
jennifer.szymanski@chuv.ch  
muriel.clarisse@hospvd.ch  
vittorio.giusti@chuv.ch

La présence d'un trouble du comportement alimentaire explique très souvent l'inefficacité de la prise en charge diététique de l'obésité. L'éducation et le comportement alimentaire peuvent être abordés de manière pratique afin que le patient prenne peu à peu conscience de son comportement face à la nourriture, de l'importance des repas ainsi que de ses sensations internes liées à la faim, à l'envie, au plaisir et à la satiété. Finalement, la mise en évidence du lien entre les émotions et l'évolution du poids au travers de prises alimentaires compulsives pendant et en dehors des repas est un aspect important que le médecin traitant se doit d'investiguer. Un suivi psychologique spécifique peut ensuite être envisagé lorsque le patient présente une prise de conscience et une motivation suffisantes.

## INTRODUCTION

La prise en charge traditionnelle du patient obèse s'est longtemps centrée sur les régimes et l'activité physique, sans vraiment prendre en compte l'histoire de vie, l'anamnèse pondérale, le comportement alimentaire et l'état psychologique du patient. Aujourd'hui, nous ne pouvons que nous confronter à l'échec de ce type de méthode; la littérature parle de 95% d'échecs des régimes à cinq ans.<sup>1</sup> Cet article se propose de présenter les aspects éducatifs et comportementaux qu'il est primordial d'aborder dans la prise en charge des patients obèses ou en surpoids.

**When the obese patient can't lose any weight or keeps putting some on...**

The traditional obesity treatments have proven to be ineffective in the long term. The presence of eating disorders frequently explains this phenomena. Eating educational and behavioral aspects must be addressed in a practical way so that patients could gradually become aware of their behavior towards food as well as internal sensations associated with hunger, satiety, craving and pleasure. Finally, the link between emotions and compulsive eating behaviors during and between meals is an essential aspect that the general practitioner can help the patient to understand. A specialized psychological treatment can then be considered when the patient shows sufficient motivation and consciousness.

## OBÉSITÉ ET TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

L'obésité est une pathologie chronique découlant fréquemment d'un trouble du comportement alimentaire (TCA) qui pousse la personne à manger par compulsions; de plus, des comorbidités comme la dépression et l'anxiété sont souvent présentes.<sup>2</sup> La personne ne mange pas par faim, mais par réaction émotionnelle à une situation de stress, de fatigue, de tristesse. Au fil des années, elle a appris à pallier ses émotions négatives par la nourriture, ce qui l'amène progressivement à ne plus savoir pourquoi elle mange. Il y a une véritable confusion au niveau des sensations internes liées à la faim, à l'envie, à la satiété et aux émotions.<sup>3</sup>

Le trouble non spécifié du comportement alimentaire, lié à l'obésité, se traduit la plupart du temps par des grignotages compulsifs ou encore par des crises de boulimie sans méthode compensatoire pour perdre du poids (hyperphagie boulimique et/ou hyperphagie prandiale).<sup>4</sup> Il est donc évident que si les apports alimentaires excessifs sont principalement dus à des compulsions pour faire face aux difficultés de la vie, les injonctions comme «manger moins, manger mieux et bouger plus» sont inefficaces!

Lors de troubles du comportement alimentaire, les régimes alimentaires restrictifs ne sont d'aucune utilité et des conseils diététiques uniquement quantitatifs et qualitatifs ne permettront malheureusement pas de maintenir le poids perdu sur le long terme. Le rapport français ANSES (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire

de l'alimentation, de l'environnement et du travail) dénonce les carences et les déséquilibres provoqués par quinze régimes construits autour de méthodes toutes plus miraculeuses les unes que les autres et met en garde contre leur effet délétère: maintenir, ou pire, induire des TCA.<sup>5</sup>

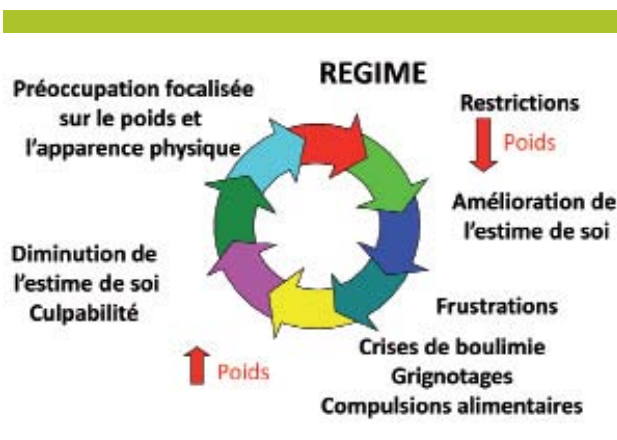
## RESTRICTION ALIMENTAIRE ET INFLUENCE SUR LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Les régimes à répétition, menant à des pertes et des reprises de poids de type yo-yo, contribuent à la prise de poids chez certains patients. En effet, le fait de suivre un régime entraîne des frustrations et des interdits alimentaires qui ne peuvent être tenus à long terme. Bien que ces restrictions permettent une perte de poids et une amélioration du moral sur le court terme, ces comportements d'interdictions ne peuvent se stabiliser sur le long terme. La personne va craquer sur les aliments qu'elle s'est interdite pendant le régime et, par conséquent, reprendre du poids (figure 1). Les personnes ayant un TCA entrent donc dans cette spirale infernale qui, au final, est source de souffrance et de culpabilité, même lorsque la personne n'est pas en période de régime.<sup>6,7</sup>

## TRAVAILLER SUR LE TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

### Evaluation

Le dépistage des troubles du comportement alimentaire et l'estimation de leur sévérité<sup>8</sup> sont donc une étape incontournable de la prise en charge du patient ayant des problèmes de poids. Cependant, avant d'aborder le comportement alimentaire avec le patient et de lui proposer une prise en charge en fonction de sa demande, le médecin traitant doit vérifier que certains critères soient remplis: a) conscience morbide de son TCA; b) capacité d'introspection et c) motivation et contexte favorable à la prise en charge.



**Figure 1. Cercle vicieux du maintien des troubles alimentaires**

Malgré une première perte de poids sur le court terme, les restrictions et les interdits alimentaires amènent rapidement à des frustrations et à des compulsions alimentaires qui font reprendre le poids perdu en augmentant les sentiments négatifs. Et le cercle recommence...

### Conscience morbide

Il peut être très frustrant pour un soignant de se confronter à un patient qui nie son TCA, insistant sur le fait qu'il ne mange que très peu et qu'il s'agit d'un problème hormonal ou génétique. Le soignant doit être capable d'identifier à quel stade de motivation se situe le patient.<sup>9</sup> Le rythme du patient doit être respecté afin de ne pas le brusquer et activer ses défenses.

A l'aide d'éléments concrets de son propre vécu, le patient à la possibilité de créer sa courbe de poids et d'y donner un sens. Plusieurs questions (tableau 1) peuvent l'aider à y parvenir. Des liens peuvent être établis et des raisons concrètes responsables des fluctuations pondérales sont alors mises en évidence (figure 2). Finalement, en fonction du parcours pondéral, le médecin peut clarifier et énoncer des objectifs pondéraux réalistes: réussir à freiner une prise de poids est parfois déjà une réussite!

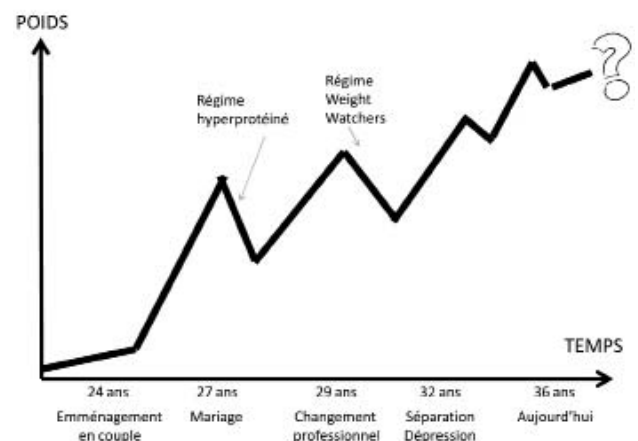
### Capacité d'introspection

Suite à un long parcours d'échecs de régimes et/ou un travail sur les stades de motivation, facilitant la prise de conscience morbide du TCA, le patient peut être prêt pour une prise en

**Tableau 1. Questions permettant d'aider le patient à prendre conscience de son trouble du comportement alimentaire**

- Selon vous, qu'est-ce qui fait que vous avez pris du poids?
- Y a-t-il eu des moments dans votre vie où vous avez pris beaucoup/perdu beaucoup de poids?
- Avez-vous réussi à stabiliser votre poids? A quelles occasions?
- Quel était votre contexte de vie lorsque vous avez commencé à prendre du poids?
- Selon vous, pourquoi n'avez-vous pas réussi à perdre du poids sur le long terme?
- Comment expliquer le yo-yo?
- Pourquoi mangez-vous?
- Que faire pour changer?

Par des questions bien précises, le patient peut commencer à analyser lui-même son histoire pondérale et lui donner un sens. Il peut alors comprendre, avec l'aide de son médecin, pourquoi son poids a fluctué à certains moments de la vie et commencer à faire des liens.



**Figure 2. Exemple d'une courbe de poids**

Le patient retrace son histoire pondérale en fonction de ses événements de vie et identifie les raisons des différentes prises et pertes pondérales.



charge de son TCA. Mais est-il vraiment en mesure de bénéficier de ce traitement ? Ce type de travail peut en lui-même être bouleversant et nécessite surtout une capacité d'introspection suffisante.

### Motivation et contexte

La prise en charge des troubles du comportement alimentaire demande un investissement important de la part du patient (durée du suivi, fréquence des consultations et investissement émotionnel). De plus, il est indispensable de vérifier qu'il se trouve dans un contexte socioprofessionnel lui permettant un tel investissement. Par ailleurs, l'entretien motivationnel peut permettre une meilleure adhésion au traitement.<sup>10</sup>

### Éléments de la prise en charge

Lorsque la prise pondérale est en lien avec un TCA, la prise en charge implique la mise en place progressive de modifications des habitudes et du comportement alimentaire. Afin d'obtenir un véritable changement durable, celui-ci doit venir directement du patient, le médecin ayant un rôle de conseiller et d'accompagnateur; le patient est le réel moteur du processus.

### Education alimentaire

En travaillant sur les mécanismes physiologiques liés à la prise alimentaire, le patient peut prendre conscience de sa manière de manger: le rythme, la fréquence et les intervalles des prises alimentaires; la structure et la durée des repas; les sensations physiologiques (faim, satiété, appétit) ainsi que les aspects sensoriels des aliments; la définition du repas et de la collation.

L'évaluation d'une journée alimentaire peut servir à illustrer le propos et à relancer des questions sur la prise alimentaire, le but n'étant pas d'analyser les apports alimentaires d'un point de vue diététique mais de les utiliser

**Tableau 2. Exemples de questions poussant les patients à réfléchir à leur manière de manger**

- Quelles prises alimentaires correspondent à des repas? Comment définir un repas? Manger froid, est-ce un repas?
- Combien de temps s'est écoulé entre les prises alimentaires?
- Quelle influence cela a-t-il sur les sensations de faim?
- A quelle fréquence manger?
- Quelle est l'importance de la quantité, du volume, de la texture des aliments?
- Pourquoi mâcher est-il important?
- Dans quels lieux sont consommés les aliments? Dans quelle position? Avec qui?
- Dans quelles conditions? A quelle vitesse?
- Est-ce que les aliments sont quantifiés? Présentés sur une assiette?
- La faim est-elle présente?
- Comment savoir si c'est la faim ou l'envie qui pousse à manger? Comment les différencier?
- Y a-t-il eu rassasiement? Satiété?
- Y a-t-il du plaisir?
- Pourquoi est-ce important d'éprouver du plaisir à manger?
- Quelles sont les pensées face à l'aliment consommé?
- Quelles émotions sont ressenties?
- Quelles différences faire entre grignotage et collation?

Petit à petit, ils réalisent alors à quel point l'acte de manger est complexe et dépend de différents facteurs. Ils peuvent se rendre compte qu'ils ont involontairement oublié certaines prises alimentaires.

comme base de réflexion. Il n'y a pas de jugement mais une analyse la plus bienveillante possible. Le soignant va favoriser la découverte des concepts par un dialogue socratique (tableau 2) et le patient exprime ses expériences, commentaires et réflexions lui permettant d'analyser ses prises alimentaires. Il est démontré que les personnes en surpoids tendent à sous-estimer involontairement leurs apports.<sup>11</sup> De plus, si les prises alimentaires ne se font pas dans un contexte organisé (à table, assis, présence de l'assiette), elles sont d'autant moins conscientisées. Moins les repas sont importants, plus il y a de restrictions et plus l'apport entre les repas risque d'être conséquent.

Le tableau 3 permet de différencier le grignotage des prises organisées (repas et collations). C'est bien le contexte de la prise alimentaire qui définit s'il s'agit d'une collation ou d'un grignotage et non la qualité de l'aliment consommé. Le patient peut grignoter des carottes et prendre en collation quatre biscuits au chocolat. Un travail sur les croyances alimentaires est nécessaire afin de permettre au patient de retrouver ses sensations internes, indispensables à la gestion de sa prise alimentaire.<sup>12</sup> Le médecin peut également encourager le patient à écouter ses sensations et à réaliser l'influence de celles-ci sur la prise alimentaire.

### Comportement alimentaire

Lorsqu'il est prêt, le patient peut être amené à se questionner sur les aspects psychologiques, émotionnels, sur la culpabilité, l'envie, le plaisir, les pertes de contrôles et les restrictions volontaires. Nous devons donc aider le patient à faire le lien entre son poids, son comportement alimentaire et ses émotions. Plusieurs thèmes peuvent être abordés, comme les cir-

**Tableau 3. Définition des repas, collations et grignotages**

	Repas – collation	Grignotage
<b>Horaire</b>	Régulier	Irrégulier (n'importe quand)
<b>Durée des prises</b>	• Déterminée (20 minutes/repas) • Début et fin clairs	• Indéterminée • Début et fin flous
<b>Temps entre les prises</b>	3 à 4 heures	Indéterminé
<b>Fréquence des prises</b>	2-3 repas + 2-3 collations	Souvent nombreuses
<b>Lieu</b>	• Prévu • A table, assis	• N'importe où • Assis, debout, couché
<b>Contexte</b>	• Aspect social • Assiette et couverts • Lentement • Sans effectuer d'autres activités (repas=pause)	• Généralement seul • Avec les mains • Rapidement • En faisant une autre activité
<b>Contenu</b>	• Aliments préparés, cuisinés • Variété • Ordre: salé au sucré • Portions définies	• Aliments tout prêts, non cuisinés • Souvent sucrés et/ou gras • Sans ordre • Quantités très variables

Afin qu'une prise alimentaire soit conscientisée, elle doit être prise assise, à table, proportionnée, à un moment prévu pour manger, dans un lieu prévu, dans le calme et avec plaisir. La quantité doit être suffisante afin d'assurer le rassasiement jusqu'à la prochaine prise alimentaire, soit au moins 3-4 heures après.



**Tableau 4. Identifications des problèmes de comportement alimentaire les plus fréquents, de leurs conséquences, ainsi que des propositions de thèmes à travailler avec le patient**

Problèmes de comportement alimentaire du patient	Effets et conséquences	Propositions de thèmes à travailler avec le patient
<ul style="list-style-type: none"><li>• Repas sautés</li><li>• Périodes trop longues entre les repas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ↑ Faim</li><li>• ↑ Grignotages et crises</li><li>• La prochaine prise alimentaire sera consommée trop vite =&gt; ↑ quantités</li><li>• ↑ Envie ↓ Plaisir</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Restructurer les horaires, les repas et les collations (toutes les 3-4 heures)</li><li>• Organiser, planifier, anticiper et ritualiser les repas</li><li>• Observer et tenir compte des sensations alimentaires</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Petites prises alimentaires toutes les 1-2 heures</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patient jamais réellement rassasié et ne ressent pas la faim</li><li>• ↑ Des apports caloriques journaliers inconscients</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Réorganiser les repas, les horaires des repas et collations</li><li>• Réflexion sur les sensations de faim et d'envie</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hyperphagie prandiale</li><li>• Pas d'écoute des sensations physiologiques de satiété</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ↑ Quantités, sentiment de mal-être</li><li>• Confusion des sensations</li><li>• Consommation alimentaire trop rapide</li><li>• Mastication insuffisante</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Organiser, planifier, anticiper, ritualiser les repas</li><li>• ↑ La durée des repas</li><li>• ↑ Mastication</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aliments interdits</li><li>• Représentations alimentaires</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ↑ Restriction cognitive</li><li>• ↑ Culpabilité</li><li>• ↓ Plaisir</li><li>• Pas de sensations corporelles</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Travailler les représentations alimentaires et les restrictions cognitives</li><li>• Autoriser une variété d'aliments</li></ul>

constances de la prise pondérale, l'histoire du poids, le contexte de la prise alimentaire, les conséquences des régimes et de la restriction cognitive, le lien entre émotions et prise alimentaire, le rôle psychologique de la nourriture (par exemple: le rôle antidépresseur), les déclencheurs de compulsions alimentaires, la définition des grignotages et les crises de type boulimique, et les stratégies de changement.

Les patients obèses rapportent fréquemment qu'ils prennent du poids lorsqu'ils sont stressés, fatigués, tristes, etc. Et pourtant, ils ne font pas le lien entre les émotions et leur comportement alimentaire qui peut se manifester sous forme de grignotages, de crises d'hyperphagie boulimique ou encore d'hyperphagie prandiale. Très souvent, il s'agit d'un comportement problématique ancré depuis de nombreuses années et qui s'est automatisé, fonctionnant sans que le patient en ait conscience. C'est pourquoi, il est important de faire le lien avec lui afin qu'il puisse avoir une représentation de ce qui se passe en lui.

Dans le **tableau 4**, sont présentés quelques exemples de comportements alimentaires problématiques, ainsi que leurs conséquences dans le maintien des troubles du comportement alimentaire et des propositions pour les travailler. Le médecin peut identifier avec son patient quels aspects développer et expérimenter.

Le patient est amené à sortir de l'automatisme de ses prises alimentaires, à diminuer sa culpabilité face à la nourriture et aux grignotages et à amorcer un changement de comportement alimentaire. Le patient présentant une demande claire par rapport à son trouble du comportement alimentaire, ainsi qu'une motivation et une introspection suffisante, pourra bénéficier d'une psychothérapie.

## CONCLUSION

Avant de modifier des comportements alimentaires problématiques ancrés depuis de nombreuses années, il est nécessaire que le patient en ait conscience et puisse s'auto-observer. Le médecin généraliste a là un rôle fondamental pour sensibiliser le patient obèse à l'influence de son comportement alimentaire dans l'évolution de son poids, et à

l'amener à comprendre pourquoi il mange et pourquoi il prend du poids.

Il est évident que la transmission du savoir ne peut contribuer à un changement de comportement alimentaire: dire, expliquer et redire est insuffisant. L'approche par l'enseignement thérapeutique,<sup>13</sup> basée sur le vécu, le quotidien, les représentations et les expériences du patient, a toute sa place dans le traitement des maladies chroniques comme l'obésité.

Dans les cas de TCA sévères, le médecin traitant peut déléguer à une équipe multidisciplinaire, afin d'organiser une prise en charge en individuel ou en groupe avec des soignants spécifiquement formés (médecins, diététiciens, psychologues). La prise en charge diététique actuelle intègre les aspects éducationnels. Elle est bien sûr améliorée lorsqu'elle peut se combiner avec une prise en charge psychologique. Le même message donné par des intervenants différents apporte plus au patient qu'un intervenant seul. Le travail d'équipe est un moyen d'illustrer toute la complexité de l'obésité. ■

## Implications pratiques

- > Le rôle du médecin traitant est de faciliter la prise de conscience du patient face à l'importance de son comportement alimentaire et de ses émotions dans sa prise pondérale
- > En présence de troubles du comportement alimentaire, il est primordial de travailler les aspects comportementaux avant les aspects diététiques. Une prise en charge par étapes est nécessaire, en respectant le rythme du patient
- > L'énergie ingérée en dehors des repas doit être évaluée dans la prise en charge du patient obèse et doit surtout être discutée avec le patient, sans jugement
- > La collaboration médecin-diététicienne-psychologue est un facteur favorisant la prise en charge d'un patient obèse



## Bibliographie

- 1 Dingenmans AE, Bruna MJ, van Furth EF. Binge eating disorder: A review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26:299-307.
- 2 Giusti V, Panchaud M. Profil psychologique du patient obèse. *Rev Med Suisse* 2007;3:846-9.
- 3 \* Apfeldorfer G. *Maigrir c'est dans la tête*. Paris: Odile Jacob, 1997.
- 4 American Psychiatric Association. *DSM-IV: Critères diagnostiques*. Paris: Masson, 1996.
- 5 \*\* Anses: Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. *Evaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement*. Rapport d'expertise collective, 2010. [www.anses.fr/Documents/NUT2009sa0099Ra.pdf](http://www.anses.fr/Documents/NUT2009sa0099Ra.pdf)
- 6 Polivy J. Psychological consequences of food restriction. *J Am Diet Ass* 1996;96:589-92.
- 7 Apfeldorfer G, Zermati JP. Traitement de la restriction cognitive: est-ce si simple? *Obésité* 2009;4:91-6.
- 8 Henderson M, Freeman CP. A self-rating scale for bulimia. The BITE. *Brit J Psychiatry* 1987;150:18-24.
- 9 Miller W, Rollnick S, Butler C. *Pratique de l'entretien motivationnel: communiquer avec le patient en consultation*. Paris: InterEditions, 2009.
- 10 \* Reiner M, Carrad I, Golay A. L'entretien motivationnel dans la thérapie cognitivo-comportementale des patients obèses. *Rev Med Suisse* 2010;6:677-81.
- 11 Livingstone MBE, Black AE. Markers of the validity of reported energy intake. *J Nutr* 2003;133(Suppl. 3): 895S-920.
- 12 \* Zermati JP. *Maigrir sans régime*. Paris: Odile Jacob, 2004.
- 13 Lacroix A, Assal JP. *L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique*. 2<sup>e</sup> éd. Paris: Maloine, 2003.

\* à lire

\*\* à lire absolument