

Maintenir une perte de poids

Pr ALAIN GOLAY^a, Drs LOÏC LOCATELLI³ et ZOLTAN PATAKY⁴

Rev Med Suisse 2017; 13: 196-7

Après une perte de poids, il faut maintenir les bénéfices induits par cette perte. Ceux-ci sont innombrables et devraient être supérieurs aux inconvénients. Se sentir mieux, avoir une meilleure image, une santé retrouvée, sont certainement des bénéfices bien supérieurs aux désavantages induits par le changement. Cependant, moins manger, avoir moins de plaisir de table, peut annuler tous les bénéfices.¹ Un travail avec une balance «décisionnelle» (avantages/désavantages à perdre du poids) peut éclaircir les motivations du patient. Mettre en évidence avec lui ses bénéfices du changement va pouvoir nous aider à consolider la perte de poids à long terme.²

CONSTRUIRE AVEC LES DIFFICULTÉS

Changer de comportement pour manger moins et plus équilibré, boire moins d'alcool, induit forcément des difficultés personnelles et sociales. Ces difficultés peuvent déclencher des rechutes et un arrêt de tout le processus. Les erreurs engendrées vont permettre de bâtir sur les incidents provoqués par le changement. Il est crucial de revoir à la baisse les objectifs pour garantir un succès à long terme. Travailler par «baby-step» permettra de réussir.

«ÉLAGUER» LES ALIMENTS PIÈGES

L'objectif n'est pas de proposer une prescription de régime, mais de rechercher les grosses erreurs alimentaires. Parmi les plus fréquentes, dans le top 10 (tableau 1), nous pouvons relever les boissons sucrées et l'alcool. Parmi les aliments gras, la quantité d'huile d'olive peut être catastrophique, parfois aggravée par la croyance populaire qu'elle est bonne pour le «cœur». Un patient obèse ne devrait pas dépasser deux cuillères à soupe d'huile d'olive par jour. En Suisse, le fromage et le chocolat constituent des dérapages fréquents parmi les graisses cachées. Les nutritionnistes ont promulgué les cinq fruits et légumes par jour, et souvent les patients comprennent qu'ils peuvent manger cinq fruits par jour. Certainement, les

TABLEAU 1	Top 10 des erreurs alimentaires
-----------	---------------------------------

- Boissons sucrées
- Alcool
- Aliments gras
- Trop de fruits! (> 2/jour)
- Huile d'olive
- Chocolat
- Fromages
- Charcuteries
- Pains, farineux
- Apéro, cacahuètes, oléagineux

^a Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, HUG, Villa Soleillane, 7, chemin Venel, 1206 Genève
alain.golay@hcuge.ch

fruits sont plus sains que la charcuterie, mais ils contiennent beaucoup de sucre. Une «misérable» petite grappe de raisin de 15 grains contient 15 g de sucre. Pendant les vendanges, certains patients en mangent un cageot!

Le principe de notre approche est de rechercher les grosses erreurs, différentes pour chaque patient, et de leur demander d'élaguer, de diminuer un ou deux aliments excessifs, sans que cela leur coûte trop cher psychologiquement. Progressivement, en plusieurs étapes, l'objectif est de diminuer les excès sans trop frustrer le patient. Passer de 3 litres de coca par jour à 3 dl doit se faire en «douceur» et avec du temps.

TROUVER DES STRATÉGIES

Les troubles du comportement alimentaire constituent la cause la plus fréquente de l'obésité. Ils sont responsables du yoyo, de restriction, puis de dérapage sous forme de compulsions. Les émotions, comme l'anxiété et la dépression, sont bien calmées par la nourriture. Une mauvaise estime de soi, une image de soi catastrophique, une émotion délétère, des pensées négatives vont entraîner des troubles du comportement alimentaire. Le travail va consister à repérer ces mécanismes négatifs et à les modifier par des pensées réalistes. Diminuer le stress, s'écarter des personnes «saboteuses» constituent quelques pistes pour diminuer le réflexe Emotions-Compulsions. Il existe des centaines de stratégies de substitution pour remplacer la nourriture comme anxiolytique. Ce travail personnel se fait lentement et idéalement avec un appui psychologique. Il est crucial et nécessaire afin d'éviter une reprise de poids et un effet yoyo.^{3,4}

SORTIR DE L'INACTIVITÉ

Les patients parlent d'«emprisonnement». Ils sont séquestrés à domicile, par honte, ils n'osent plus sortir. Leur poids est parfois si important qu'ils ne peuvent même plus marcher. Ils souffrent d'un double emprisonnement: physique et psychologique. Sortir de l'inactivité semble bien dérisoire, mais le bénéfice est grand pour la santé et coûte énormément au patient devenu agoraphobe.

Les «leitmotiv» classiques sont *je n'ai pas le temps* ou *je n'aime pas le sport*. Nous parlons habituellement d'activité physique et pas de sport. Marcher 30 minutes par jour rapporte une perte de 10 kilos dans l'année. Il faut rechercher l'activité physique qui coûte le moins cher psychologiquement au patient. Nous n'avons jamais le temps de nous adonner au sport, nous trouvons toujours une excuse. Par contre, marcher sera toujours possible, même quand il pleut. Le meilleur 3^e pilier reste le chien. Le sortir 30 minutes par jour diminuera le risque cardiovasculaire de 30%.⁵

TABLEAU 2 Indicateurs d'un succès du maintien d'une perte de poids

- Arriver à une perte de poids désirée
- Une grande perte de poids
- Rester physiquement actif
- Manger régulièrement
- Prendre un petit déjeuner
- Réduire les graisses
- Diminuer le grignotage
- Se peser régulièrement
- Trouver des stratégies aux compulsions
- Maintenir sa motivation

TABLEAU 3 Indicateurs d'une reprise de poids

- Raisons médicales (hypothyroïdie, cortisone, antidépresseurs, etc.)
- Comorbidités psychiatriques
- Difficultés psychiques/physiques induites par la perte de poids, peur d'avoir l'air malade
- Yoyo
- Sédentarité
- Hyperphagie boulimique, compulsions, grignotages
- Alimentation en réponse aux émotions
- Stress psycho-social
- Manque de soutien social
- Manque de motivation

QU'ONT-ILS FAIT POUR CONSERVER UNE PERTE DE POIDS?

Malgré une représentation sociale peu encourageante, les résultats pour maintenir une perte de poids sont possibles. Les facteurs de maintien de perte de poids sont très bien résumés par Carrard et Kruseman.⁶ Tout d'abord, ces mauvais résultats de récives peuvent être expliqués, car 95% des «régimes» sont faits en dehors de tout centre spécialisé.

Une étude de cohorte montre des résultats intéressants.⁵ 93% des participants qui avaient perdu au moins 10% de leur poids ont maintenu cette perte de poids à huit ans par la pratique de l'activité physique. Dans une étude prospective, nous avons suivi pendant cinq ans 50 patients qui avaient perdu > 10%. En proposant plusieurs formes de suivi, nous avons pu relever quelques facteurs et indicateurs de succès (73% avaient maintenu un bénéfice supérieur à 10% de perte de poids).⁷ De manière très large, plus de 10000 personnes dénommées «successful weight losers» ont été suivies par le registre américain de contrôle du poids (NWCR).^{8,9} En compilant ces résultats avec ceux de plusieurs auteurs, Elfhag et Rössner¹⁰ ont établi une liste d'indicateurs les plus fréquents à un maintien ou à une perte de poids (**tableaux 2 et 3**).

QUELQUES CONSEILS POUR LES MÉDECINS

- Convenir avec le patient des objectifs de perte de poids réalisables et ne pas donner de solutions toutes faites. Nous ne devons pas sous-estimer les barrières et les coûts psychologiques dus à un changement de «life style»¹¹⁻¹³
- Proposer un suivi des comportements alimentaires et d'activité physique faisable avec mise en place d'un autocontrôle (pesée)
- Apprendre les composantes de l'alimentation et détecter les erreurs les plus fréquentes (**tableau 1**)
- Le médecin devrait convenir d'une meilleure stratégie (**tableau 2**) avec le patient pour obtenir un succès et surtout se méfier des indicateurs à la reprise du poids (**tableau 3**)

1 Bernheim P, Golay A, Farpour-Lambert N, Pataky Z. J'ai envie de comprendre l'obésité et les problèmes de poids. Genève: Ed. Planète Santé, 2016.

2 Golay A, Lagger G, Giordan A. Comment motiver le patient à changer? Paris: Maloine, 2009.

3 Braden A, Flatt W S, Boutelle K, et al. Emotional eating is associated with weight loss success among adults enrolled in a weight loss program. J Behav Med 2016;39:727-32.

4 Bertoli S, Leone A, Ponissi V, et al. Prevalence of and risk factors for binge eating behaviour in 6930 adults starting a

weight loss or maintenance programme. Public Health Nutrition 2015;19:71-7.

5 Look AHEAD Research Group. Eight-year weight-losses with an intensive lifestyle intervention: The look AHEAD study. Obesity 2014;22:5-13.

6 Carrard I, Kruseman M. Maintien de la perte de poids: que peut-on apprendre de ceux qui ont réussi? Obésité 2016;11:194-9.

7 Makoundou V, Pataky Z, Bobbioni-Harsch E, et al. Multi-factorial approach associated with a new «on/off» Orlistat use in a weight loss maintenance programme: 4 years follow-up. Obesity

Facts 2011;4:191-6.

8 Klem ML, Wing RR, McGuire MT, et al. A descriptive study of individuals successful at long-term maintenance of substantial weight-loss. Am J Clin Nutr 1997;66:239-46.

9 Thomas JG, Bond DS, Phelan S, et al. Weight-loss maintenance for 10 years in the National Weight Control Registry. Am J Prev Med 2014;46:17-23.

10 Elfhag K, Rössner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. The International Association

for the Study of Obesity. Obesity reviews 2004;6:67-85.

11 Hindle L, Carpenter C. An exploration of the experiences and perceptions of people who have maintained weight loss. J Hum Nutr Diet 2011;24:342-50.

12 Jakicic JM, Clark K, Coleman E, et al. Appropriate intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. Med SCI Sports Exerc 2001;33:2145-56.

13 Mc Kee H, Ntoumanis N, Smith B. Weight maintenance: Self-regulatory factors underpinning success and failure. Psychol Health 2013;28:1207-23.