

# Obésité

Quelle prise en charge nutritionnelle ?

Quelle efficacité ?

Quelle place pour le MPR ?

Delphine Amstutz

Diététicienne diplômée HES

Service de médecine de premier recours

[delphine.amstutz@hcuge.ch](mailto:delphine.amstutz@hcuge.ch)

Tél : 29 415

Adapté du cours donné par Mme Valérie Miserez

## Déroulement

- Obésité : critères diagnostiques
- Prévalence
- Guidelines et objectifs de prise en charge
- Dangers des régimes stricts
- Approche comportementale :
  - Faim
  - Envie
  - Satiété

## Cas de patient

Mme A., originaire d'Irak, est arrivée en Suisse fin 2012. Vit dans un foyer avec son mari et leurs 4 enfants.

Poids : 98 kg    Taille : 155 cm

Comorbidités : gonalgies, HTA

- Quel diagnostic?
- Qu'allez-vous investiguer?
- Quels objectifs de prise en charge?

## Diagnostic [ International Obesity Task force, Clinical Guidelines]

	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Obesity Class	Disease Risk* Relative to Normal Weight and Waist Circumference	
			Men ≤ 102 cm (≤ 40 in) Women ≤ 88 cm (≤ 35 in)	> 102 cm (> 40 in) > 88 cm (> 35 in)
Underweight	<18.5		—	—
Normal*	18.5 – 24.9		—	—
Overweight	25.0 – 29.9		Increased	High
Obesity	30.0 – 34.9	I	High	Very High
	35.0 – 39.9	II	Very High	Very High
Extreme Obesity	≥40	III	Extremely High	Extremely High

\* Disease risk for type 2 diabetes, hypertension, and CVD.

+ Increased waist circumference can also be a marker for increased risk even in persons of normal weight.

**BMI** (Body mass index) = IMC (Indice de masse corporelle)  
 $BMI = \text{poids (kg)} / (\text{taille (m)})^2$

## ● ● ● | Prévalence

- **Obésité** : BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, prévalence en CH\* : **10%**
  - 11% hommes
  - 9% femmes

\* Enquête suisse sur la santé 2012
- **Surpoids ou « surcharge pondérale »** : BMI 25-30 kg/m<sup>2</sup>, prévalence en CH\* : **41%**
  - 51% hommes
  - 32% femmes\*
- La part des personnes en surpoids ou obèses s'était presque stabilisée entre 2002 et 2007. Elle est depuis lors repartie à la hausse\*.
- À l'échelle mondiale, le nombre de cas d'obésité a doublé depuis 1980 (en 2008, selon l'OMS : 500 millions de personnes obèses dans le monde).

## ● ● ● | Limites du BMI

- Ne prend pas en compte une masse musculaire importante (n'évalue pas la composition corporelle)
- Normes différentes chez la personne âgée
  - BMI normal  $\geq 65$  ans = 22 à 27 kg/m<sup>2</sup>
- La perte de poids n'est pas indiquée chez des patients atteints de pathologies chroniques (insuffisance cardiaque, pulmonaire, cancer...)

## ● ● ● | Guidelines OMS

1. Traiter l'obésité
2. Stabiliser l'excès de poids
  - Sauf si tour de taille > 102cm (H) ou 88 cm (F)

Obesity: Preventing and managing the global epidemic.  
Geneva, World Health Organization  
(WHO Technical Report Series, No. 894 P11)

## ● ● ● | Guidelines USA

- Perte de poids conseillée uniquement si BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>
- Objectif : - 10% du poids initial sur 6 mois
- Puis efforts pour maintenir la perte de poids (phase de stabilisation)
- Traitement basé sur 3 axes:
  - Comportemental
  - Diététique
  - Activité physique

US Preventive Services Task Force  
Ann Intern Med. 2005;142:525-531  
National institutes of health, Clinical Guidelines on the identification,  
evaluation and treatment of overweight and obesity in adults, 1998

## Quels objectifs de prise en charge au SMPR?

- Stabiliser le poids ou viser une perte pondérale de 5 à 10% du poids sur 6-12 mois, selon :
    - BMI, âge et contexte clinique
    - Histoire pondérale
    - Attentes du patient
  - Normaliser le comportement alimentaire
  - Rééquilibrer l'alimentation
  - Augmenter l'activité physique
  - etc.
- ... **En vue de limiter le risque de MCV et améliorer le bien-être et la qualité de vie.**

## Approche diététique → efficacité et évolution pondérale

Évaluation post-intervention diététique (n= 854)

- ↓ 5% du poids initial
  - 1 an: 96 sujets (11%)
  - 2 ans: 39 sujets (4.6%)

[Crawford et al. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000]

Méta-analyse (n=29 études)

- Perte de poids moyenne à 5 ans: 3 kg (IC95%:2.5;3.5)
- Évolution pondérale après la fin traitement (% poids repris)
  - 1 an 33%
  - 2 ans 66%
  - 3 ans 68%
  - 4 ans 72%
  - 5 ans 79%



[Anderson et al. *Am J Clin Nutr* 2001]

## Approche comportementale → efficacité au SMPR

- Cohorte (n=195 patients obèses)
- Consultation diététique de la Policlinique de médecine, HUG
- Pas de régime, pas de plan alimentaire
- Objectifs comportementaux atteints: 58% (±26)
- Évolution pondérale
  - Prise de poids 12%
  - Poids stable ±2% 54%
  - Perte de poids 29%
    - 3-5% 15%
    - 6-10% 11%
    - >10% 3%

[Kruseman, Volery, Bovier, SSSP 2005]

## Effets d'une perte de poids modeste (soit jusqu'à 10% du poids)

- Perte de poids intentionnelle → amélioration diabète, dyslipidémie, hypertension, fonction ovarienne, difficulté respiratoire, douleurs dorsales et articulaires, arthrose, qualité du sommeil
- Peu d'études bien conçues portant sur l'effet de la perte de poids suite à des mesures hygiéno-diététiques sur le long terme (> 2 ans)

[OMS, 2003, obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale]

## Guidelines vs attentes du patient

- 64% femmes françaises en excès de poids sont au régime [CNRS, 2003]
- 51% femmes françaises de poids normal sont au régime [CNRS, 2003]
- 70% filles suisses 16-20 ans se trouvent trop grosses [SMASH, 2002]
- 45% adolescent-e-s américain-e-s encouragé-e-s par leur mère à maigrir ont un poids normal [Fulkerson, Int J Obes Relat Metab Disord, 2002]

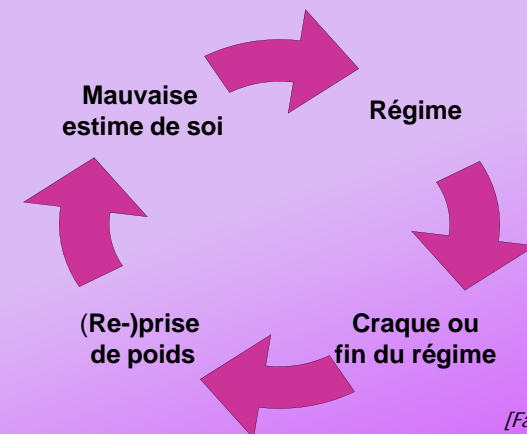
## Dangers des « régimes » stricts (1)

- Régime → restriction cognitive
- Restriction cognitive
  - Intention consciente et librement déterminée de limiter sa prise alimentaire dans le but de perdre du poids et/ou de le maintenir
  - Privation alimentaire volontaire [A. Basdevant 1990]
  - Auto-définition de limites/règles rigides pour réguler les prises alimentaires
  - Croyances concernant les aliments autorisés vs interdits
  - Négation des mécanismes de régulation physiologiques (faim, satiété) [G.Apeldorfer et JP.Zermati 2001]
- Conséquences
  - Focalisation/obsession sur la nourriture
  - Difficultés de concentration
  - Irritabilité, hyperémotivité

## Dangers des « régimes » stricts (2)

- Effet «yoyo»:
  - Alternance de phases de privation (contrôle) vs désinhibition (car frustration) → perte puis reprise pondérale
- Perturbations métaboliques
  - Perte pondérale rapide → 1° perte d'eau, 2° fonte musculaire, 3° perte de masse grasse
  - Reprise pondérale = masse grasse !
  - Bilan : modification de la composition corporelle et diminution du métabolisme basal
- Perturbations psycho-comportementales
  - Incapacité à reconnaître les sensations de faim et de satiété
  - Mauvaise estime de soi (échecs)
  - Développement de troubles du comportement alimentaire (TCA)
    - Filles au régime: 12x plus de risque de développer des compulsions alimentaires vs pas de régime [AE Field et al. Pediatrics 2003]

## Cercle vicieux de la restriction



[Fairburn 1985]

## ● ● ● | Prise en charge de l'obésité?

### Ce qu'il ne faut pas faire...

- Objectif pondéral irréaliste et « éclair »
- Régimes ou plans alimentaires
- Messages erronés ou simplistes sur les « bons / mauvais » aliments, « autorisés / interdits »
- « Oublier » de dépister et traiter les TCA

## ● ● ● | Prise en charge de l'obésité?

### Ce qu'il faut faire...

- 3 clés pour une prise en charge efficace de l'obésité :
- Travail comportemental
  - Equilibre alimentaire
  - Activité physique

## ● ● ● | Dépister FES - Faim

### Questions

- Vous arrive-t-il d'avoir faim? A quel moment de la journée?
- Comment se manifeste-elle? Pouvez-vous me la décrire?
- Ressentez-vous qqch physiquement/dans votre corps?
- Avez-vous faim ou envie de manger ?

### Définition

- Sensation physique, provient de l'estomac (creux, vide, gargouillis,... mais aussi fatigue, irritabilité, etc.)
- Signal des besoins physiologiques en énergie (baisse de la glycémie)

## ● ● ● | Dépister FES - Envie

### Questions

- Est-ce que la faim et l'envie de manger sont identiques ?
- Vous arrive-t-il d'avoir envie de manger sans avoir faim ?
- Si oui, que se passe-t-il ? Qu'est-ce que vous mangez ? A quel moment de la journée ?
- Quelles situations augmentent cette envie?

### Définition

- « Envie » indépendante de la faim, liée au plaisir gustatif des aliments, déclenchée par la vue ou l'odeur d'un aliment
- Déclenchée par des pensées, des émotions

## ● ● ● Grignotages ou Compulsions?

### Grignotages

- Prises alimentaires indépendantes de la faim
- Déclenchés par la faim, l'envie à la vue ou l'odeur des aliments, l'ennui, etc.
- Petites quantités d'aliments consommées fréquemment

### Compulsions

- Prises alimentaires indépendantes de la faim
- Déclenchées par un phénomène mental et émotionnel
- Besoin irrésistible de manger avec l'impression de perdre le contrôle (la personne « craque »)
  - Boulimie
  - Binge eating disorder (BED) ou hyperphagie boulimique
  - Night eating syndrome (NES)

## ● ● ● Dépister FES - Satiété

### Questions

- Ressentez-vous la satiété? (c'est-à-dire quand vous avez assez mangé)
- Vous arrêtez-vous de manger à ce moment ?
- Vous arrive-t-il de vous resservir?
- Vous arrive-t-il d'avoir la sensation que votre estomac est lourd, ballonné, distendu après le repas ? A quelle fréquence cela arrive?
- Avez-vous l'impression de manger vite? Combien de temps (minutes) dure une assiette ?

### Définition

- = Disparition de la faim (20mn après début de la prise alim)
- Sensation d'avoir assez mangé mais pas trop !

## ● ● ● Outil 1 : évaluer FES

Evaluation des sensations alimentaires		
<b>F</b> Faim physique ressentie	Vous arrive-t-il d'avoir faim ? Comment cela se manifeste ? Pouvez-vous me le décrire ? Ressentez-vous la faim physiquement ? Si oui, comment ? Vous avez faim ou envie de manger ?	
<b>E</b> Envie de manger	Est-ce que la faim et l'envie de manger sont identiques ? Vous arrive-t-il d'avoir envie de manger sans avoir faim ? Si oui, qu'est-ce qu'il se passe ? Qu'est-ce que vous mangez ? A quel moment de la journée ? C'est quand la dernière fois ? Vous arrive-t-il de grignoter ? Quelles situations peuvent augmenter les envies de manger ?	
<b>S</b> Satiété ressentie	Après un repas, comment vous ressentez-vous, votre estomac ? (bien, lourd, léger... ?) Ressentez-vous la satiété, c'est-à-dire quand vous avez assez mangé ? Est-ce que vous arrêtez de manger à ce moment ? Vous arrive-t-il de vous resservir ? Vous arrive-t-il d'avoir la sensation que votre estomac est lourd, ballonné, distendu après le repas ? A quelle fréquence cela arrive ? Avez-vous l'impression de manger vite ? Combien de temps dure environ une assiette ?	

<http://pps.hug-ge.ch/dieteticiens/SMPR.html>

## ● ● ● Outil 2 : carnet alimentaire

Département de Médecine, Communautaire, de Premier Recours et des Urgences  
Consultation diététique du Service de Médecine de Premier Recours

HUG  
Hôpital Universitaire de Genève

Journée alimentaire : Qu'ai-je mangé aujourd'hui ?

Nom : \_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Heure	Aliments, Boissons	FAIM / sensation dans l'ESTOMAC (AVANT de manger)	ENVIE, désir de manger / TETE (AVANT de manger)	Temps pour manger (...min)	Lieu, activité, personnes présentes (ex: Seul à la maison en regardant la TV, avec des amis à table, etc.)	Émotions, pensées DURANT le repas	Sensation dans l'ESTOMAC (APRÈS manger)
		<input type="radio"/> Pas très Faim <input type="radio"/> Faim moyenne <input type="radio"/> Très Faim	<input type="radio"/> Pas très Envie <input type="radio"/> Envie moyenne <input type="radio"/> Très Envie			<input type="radio"/> Négatives colère, anxiété, nervosité, fatigue, tristesse, etc. « Je me sens mal » <input type="radio"/> Positives joie, espoir, confiance, sérénité « Je me sens bien »	<input type="radio"/> Estomac lourd « trop mangé » <input type="radio"/> Estomac léger, confortable « bien mangé, satiété »

Département du Service de Médecine de Premier Recours, HUG, 022 372 91 16, [Valeria.Manno@hug.ch](mailto:Valeria.Manno@hug.ch) / Documents and Settings\HEFLocal Settings\Temporary Internet Files\Content.Outlook\

<http://pps.hug-ge.ch/dieteticiens/SMPR.html>

## ● ● ● | **Obésité : messages à retenir**

- Fixer un objectif de perte pondérale réaliste
- La perte de poids n'est pas le seul objectif chez le patient obèse
- 1) Normaliser le comportement alimentaire
  - Dépister et traiter les TCA
  - Introduire une structure alimentaire
- 2) Rééquilibrer l'alimentation
- En parallèle : augmenter l'activité physique
- Obésité = maladie chronique complexe, nécessitant une prise en charge interdisciplinaire

● ● ● |  
● ● ● |  
**Merci de votre  
attention...**

### **Des questions?**

[delphine.amstutz@hcuge.ch](mailto:delphine.amstutz@hcuge.ch)

☎ 29 415

### **Outils et informations**

<http://pps.hug-ge.ch/dieteticiens/SMPR.html>