

● ● ●

Obésité

Quelle prise en charge nutritionnelle ?
Quelle efficacité ?
Quelle place pour le MPR ?

Valérie Miserez
 Diététicienne diplômée ES
 Département de médecine communautaire
 et de premier recours
valerie.miserez@hcuge.ch
 29 415

● ● ●

Diagnostic

- **BMI** Body mass index ou IMC Indice de masse corporelle
 $BMI = Poids (kg) / [taille (m) \times taille (m)]$
- BMI > 30 = **Obésité**
 - Validité
 - Estime masse grasse
 - Ne prend pas en compte masse musculaire importante
 - Prévalence: 10%*
- BMI 25-30 = **Surpoids**
 - ↓ mortalité dès 65 ans → BMI normal si >65 ans: 22-27
 - Prévalence: 37%*

* Enquête suisse de santé, 2002

2 PC OB 1 Fév 2012

● ● ●

Diagnostic [International Obesity Task force, Clinical Guidelines]

CLASSIFICATION OF OVERWEIGHT AND OBESITY BY BMI, WAIST CIRCUMFERENCE AND ASSOCIATED DISEASE RISK*					
	BMI (kg/m ²)	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. PC OB 1
 + Increased waist circumference can also be a marker for increased risk even in persons of normal weight. Fév 2012

● ● ●

Guidelines OMS

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

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

4 PC OB 1 Fév 2012

Guidelines USA (1998)

- Perte de poids conseillée uniquement si BMI \geq 30
- Objectif : - 10% du poids initial sur 6 mois
- Puis efforts pour maintenir la perte de poids (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*

5

PC OB 1

Fév 2012

Pourtant...

- 64% femmes françaises en excès de poids sont au régime
- 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]

6

PC OB 1

Fév 2012

Restriction alimentaire (régimes) → Définition et conséquences directes

- Restriction cognitive
 - Intention consciente et librement déterminée de limiter sa prise alimentaire dans le but de perdre du poids et/ou de le maintenir [A. Basdevant 1990]
 - Privation alimentaire volontaire
 - 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

7

PC OB 1

Fév 2012

Restriction alimentaire (régimes) → Effets secondaires

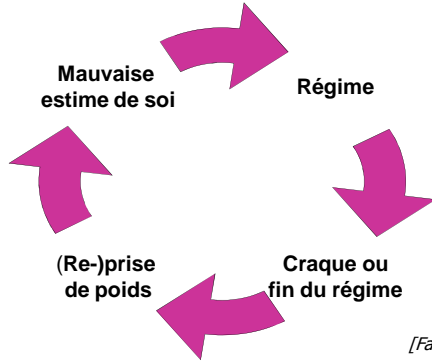
- Effet «yoyo»:
 - Alternance de phases de privation (contrôle) vs désinhibition (car frustration) => perte vs reprise pondérale
- Perturbations métaboliques
 - Perte pondérale rapide => 1° perte d'eau, 2° fonte musculaire, 3° perte de masse grasse
 - Reprise pondérale = ... masse grasse !!!
 - Bilan = 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]

8

PC OB 1

Fév 2012

● ● ● Cercle vicieux de la restriction



[Fairburn 1985]

9

PC OB 1

Fév 2012

● ● ● Restriction alimentaire (régimes) → Mauvaise estime de soi

"Grossir, c'est..."

	Déjà régime	Jamais régime
Se négliger, se laisser aller	78%	75%
Ne pas avoir de discipline	77%	57%
Cela me fait déprimer	68%	44%
Se sentir dépassée, débordée	63%	40%

Selon échantillon représentatif, Françaises non obèses (n= 675), CNRS 2003

10

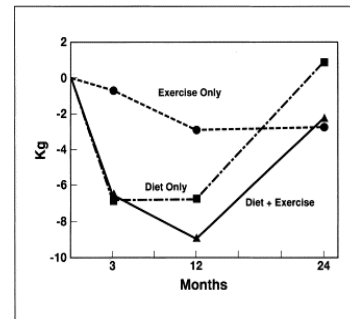
PC OB 1

Fév 2012

● ● ● Approche diététique → efficacité attendue?

- Essai clinique randomisé (n = 127)
- Intervention sur 1 an
 - Alimentation hypocalorique équilibrée
 - Activité physique (3-5 fois 45' /sem)
 - Régime + activité physique

[Skender et al. J Am Diet Assoc 1996]



Weight changes (kg) for treatment groups at baseline and at 3, 12 (n=86), and 24 months (n=61)

11

PC OB 1

Fév 2012

● ● ● 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]

12

PC OB 1

Fév 2012

● ● ● | 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 $\pm 2\%$ 54%
- Perte de poids 29%
 - 3-5% 15%
 - 6-10% 11%
 - >10% 3%

[Kruseman, Volery, Bovier, SSSP 2005]

13

PC OB 1

Fév 2012

● ● ● | Prise en charge de l'obésité?

Ce qu'il ne faut pas faire !!!

- Objectif pondéral irréaliste et « éclair »
- Régimes ou plans alimentaires
- Messages erronés et simplistes sur les « bons » ou « mauvais » aliments (autorisés/interdits)

14

PC OB 1

Fév 2012

● ● ● | Prise en charge de l'obésité?

Ce qu'il faut faire...

- 3 Clés pour une prise en charge efficace de l'obésité...
 - Comportemental
 1. Dépister les comportements alimentaires
 2. Evaluer les apports alimentaires
 - Equilibre alimentaire
 - Activité physique

15

PC OB 1

Fév 2012

● ● ● | 1. 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 qqc physiquement/dans votre corps?
- Vous avez 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)

16

PC OB 1

Fév 2012

● ● ● 1. 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, qu'est-ce qu'il se passe ?
Qu'est-ce que vous mangez ? A quel moment de la journée ?
- Quelles situations augmentent cette envie ?

Définition

- Appétit indépendant de la faim, lié au **plaisir** gustatif des aliments, déclenché par la vue d'un aliment ou l'odorat
- Ou faim psychologique, **émotionnelle** ou affective déclenchée par des pensées, des émotions.

17

PC OB 1

Fév 2012

● ● ● 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** (« craquage »).
 - Boulimie
 - Binge eating disorder (BED) ou hyperphagie boulimique
 - Night eating syndrome (NES)

18

PC OB 1

Fév 2012

● ● ● 1. 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 !

19

PC OB 1

Fév 2012

● ● ● 2. Estimer les apports alim

Anamnèse brève

- Présence et nombre de repas (structure?)
- Contexte et activité(s) en mangeant
- Apport en graisses (visibles et cachées)
- Apport en sucre (boissons)
- Consommation d'alcool

20

PC OB 1

Fév 2012

2. Carnet alimentaire et comportemental

Objectif

- o « Photographie » des habitudes alimentaires
- o Mise en évidence des pistes de travail (prise de conscience)

Utilisation

- o Faire remplir le carnet durant 3-5 jours consécutifs
- o Le patient mange comme d'habitude, sans chercher à se contrôler ou perdre du poids
- o Revoir le patient rapidement (dès la fin du carnet ou 1-2 semaines après)
- o Analyser le carnet au retour : y attacher de l'importance, même si pas rempli !

21

PC OB 1

Fév 2012

2. Exemple de CA

Heure	FAIM / sensation dans l'ESTOMAC (AVANT de manger)	ENVIE, désir de manger / TETE (AVANT de manger)	Aliments, Boissons	Temps pour manger (...mn)	Lieu, activité, personnes présentes (ex: Seule à la maison en regardant, avec des amis à table, etc.).	Emotions, penesses DURANT le repas (joie, colère, anxiété, tristesse, fatigue, etc.)	Sensation dans l'ESTOMAC (APRES mangé)
12h30	😊	😞	Grande salade verte-tomate-carottes 1 pomme	25 mn	A la cafétéria avec mes collègues	Motivée à suivre mon régime	😊
15h	😊	😊	3 cookies, 3 lignes de chocolat, 1 yaourt	5mn	Au bureau, devant mon ordi	Coupable je devrais pas...	😞

22

PC OB 1

Fév 2012

2. Analyse du Carnet alimentaire et comportemental

1. Auto-analyse du patient

- o Vécu, prises de conscience
- o Guidée par le soignant AVEC le patient sans donner son avis/jugement ...

2. Analyse du soignant

- o Mise en évidence des problématiques à aborder durant le suivi
- o Durant l'entretien ou en l'absence du patient

PC OB 2

Fév 12

Guide d'auto-analyse du carnet alimentaire par le patient

1. Est-ce que le fait de noter tout ce que vous mangiez était un exercice **facile ou difficile** pour vous? Pourquoi ?
2. Le fait de noter a-t-il **influencé** votre alimentation? Avez-vous **modifié** vos habitudes ?
3. De quoi vous êtes-vous rendu compte (**prise de conscience**), en remplissant le carnet ? Avez-vous observé des **pistes de travail**? Des choses que vous pensez devoir changer dans vos habitudes?
4. D'après vous, quelle a été la **meilleure** journée? Et la **pire journée** ? Pourquoi ? (**Connaissances et représentations**)

PC OB 2

Fév 12

● ● ● Et après? Qu'en faire?

- Proposer 1 changement à la fois
- Structure et horaires des prises alimentaires // écoute faim
- Portions servies // Vitesse et satiété
- Composition des repas = notion de repas équilibré et proportions
- Diminution des boissons sucrées et/ou alcoolisées, de l'utilisation des matières grasses, etc.
- Encourager → Travail motivationnel

PC OB 2

Fev 12

● ● ● Rôle du MPR

- **Evaluation**
 - BMI, tour de taille
 - Histoire pondérale et des régimes
 - Comportements alimentaires
 - Habitudes alimentaires
- **A proscrire**
 - Perte de poids rapide
 - Perte de poids si poids normal
 - Régimes ou plans alimentaires
 - Messages erronés et simplistes sur les « bons » ou « mauvais » aliments (autorisés/interdits)
- **Objectifs adaptés**
 - Stabilisation si comportement alim perturbé
 - Et/ou **perte de 5 à 10% du poids initial** puis stabilisation

PC OB 2

Fev 12

● ● ● Rôle du MPR

- **Moyens thérapeutiques**
 - Objectifs pratiques, réalisables et négociés avec le patient
 - (re-)Éducation des sensations de faim et de satiété
 - Choix alimentaires (1 changement à la fois)
 - Activité physique (≠ sport)
 - Collaborations interdisciplinaires
 - Diététicien-ne-s diplômé-e-s
 - Psychologues ou autres thérapeutes spécialisés en TCC (thérapie cognitivo-comportementale)
 - Etc.

PC OB 2

Fev 12