

# Obésité

## Prise en charge nutritionnelle et efficacité ...et la place du MPR?

**Valérie Miserez**  
 Diététicienne diplômée ES  
 Département de médecine communautaire et de premier recours  
[valerie.miserez@hcuge.ch](mailto:valerie.miserez@hcuge.ch)  
 29 415

## Diagnostic

- o **BMI** Body mass index ou IMC Indice de masse corporelle  
 $BMI = Poids (kg) / [taille (m) \times taille (m)]$
- o BMI > 30 = **Obésité**
  - Validité
    - Estime masse grasse
    - Ne prend pas en compte masse musculaire importante
  - Prévalence: 10%\*
- o 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 Nov 10

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

CLASSIFICATION OF OVERWEIGHT AND OBESITY BY BMI, WAIST CIRCUMFERENCE AND ASSOCIATED DISEASE RISK*				
	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.

PC OB 1 Nov 10

## Obesity Trends\* Among U.S. Adults

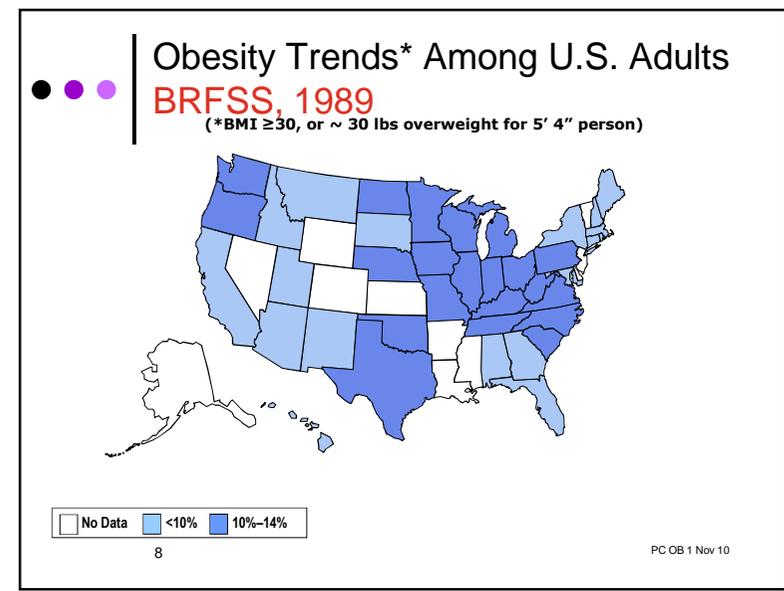
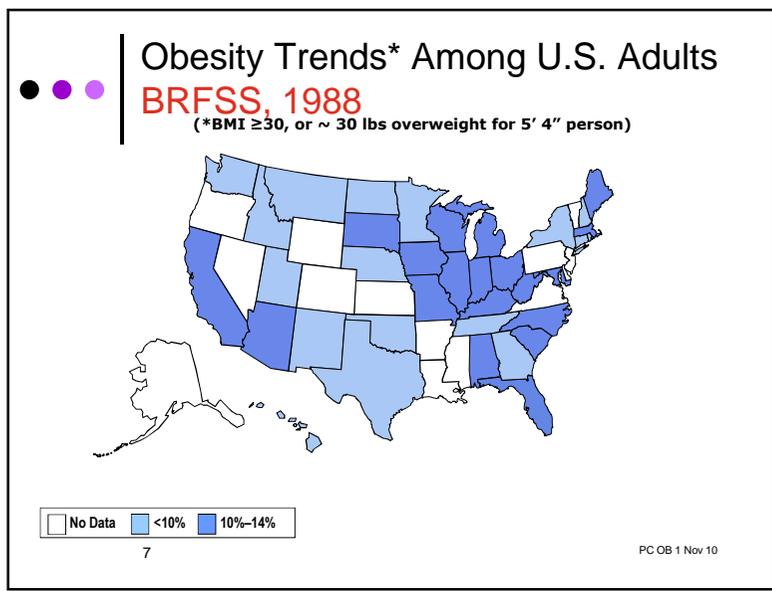
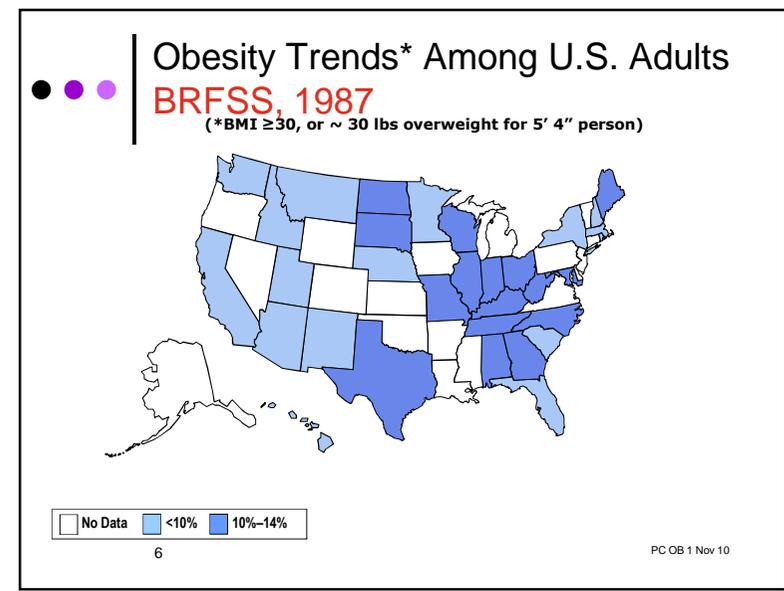
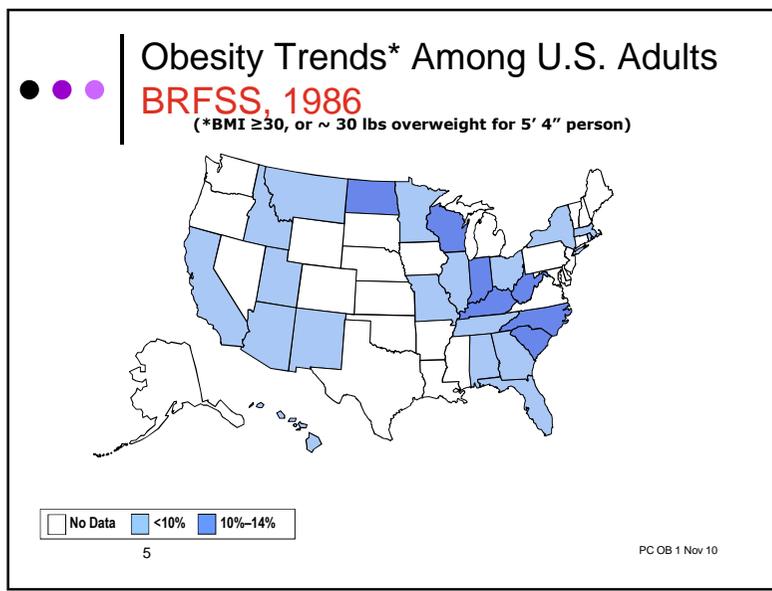
### BRFSS, 1985

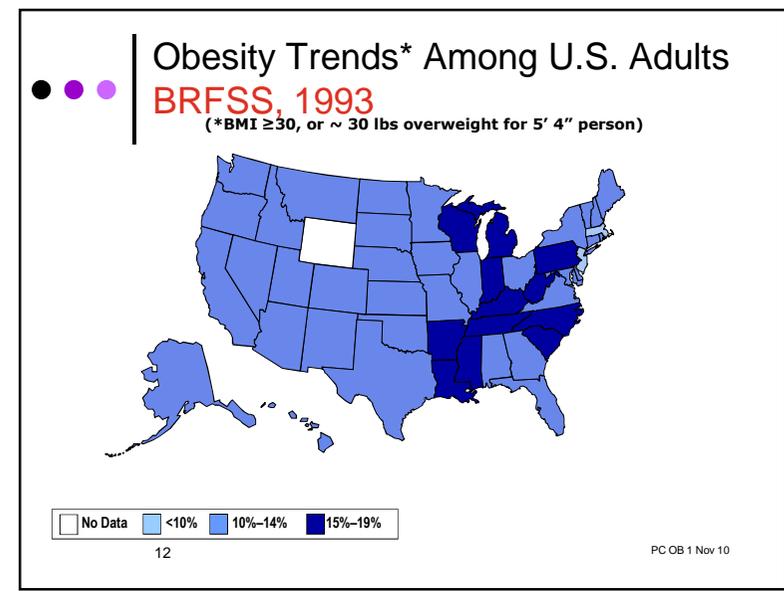
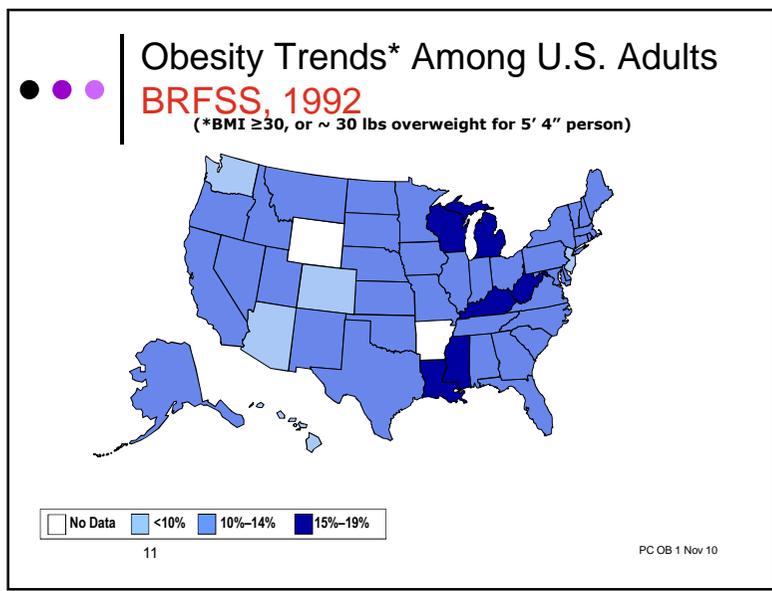
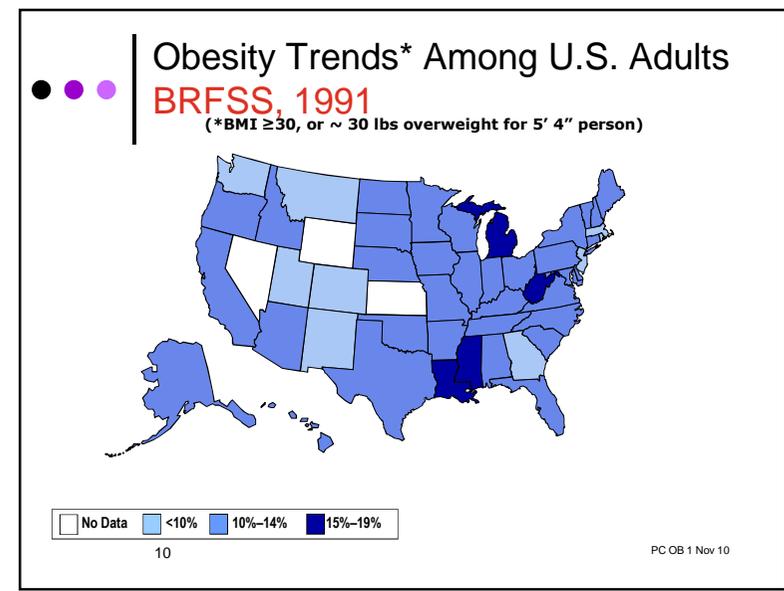
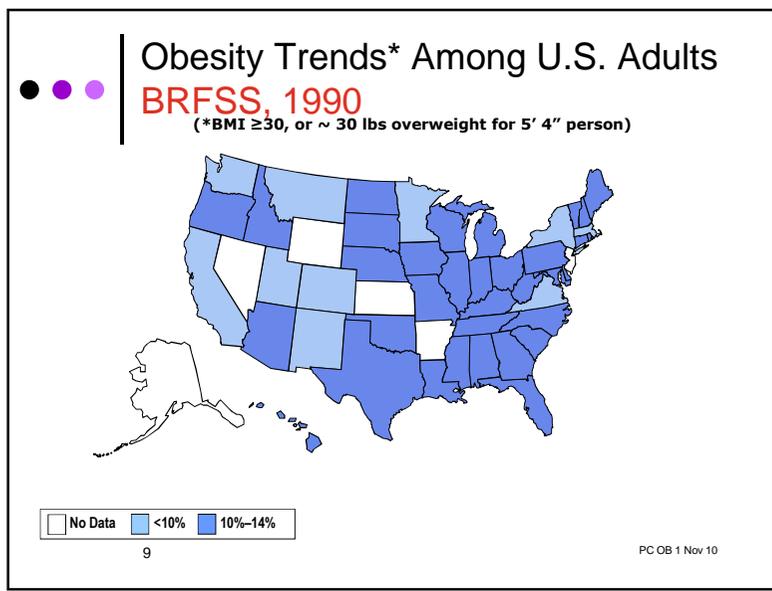
(\*BMI ≥30, or ~ 30 lbs overweight for 5' 4" person)

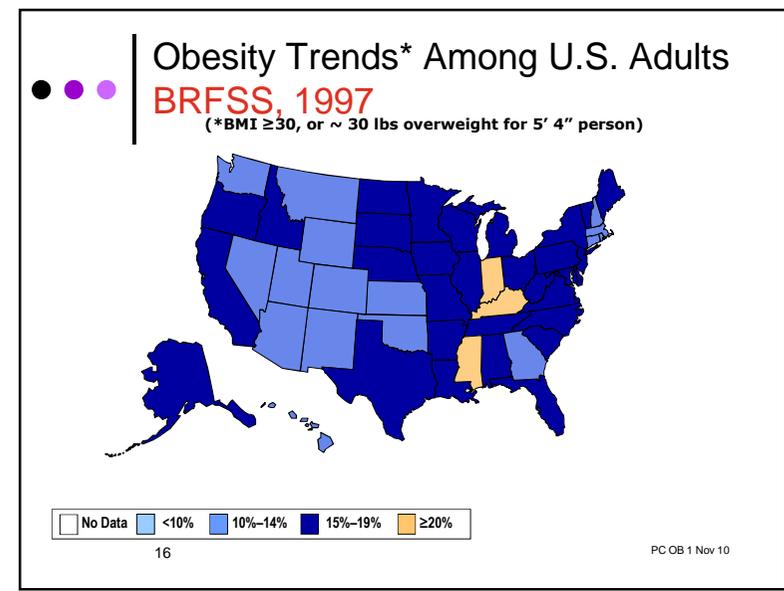
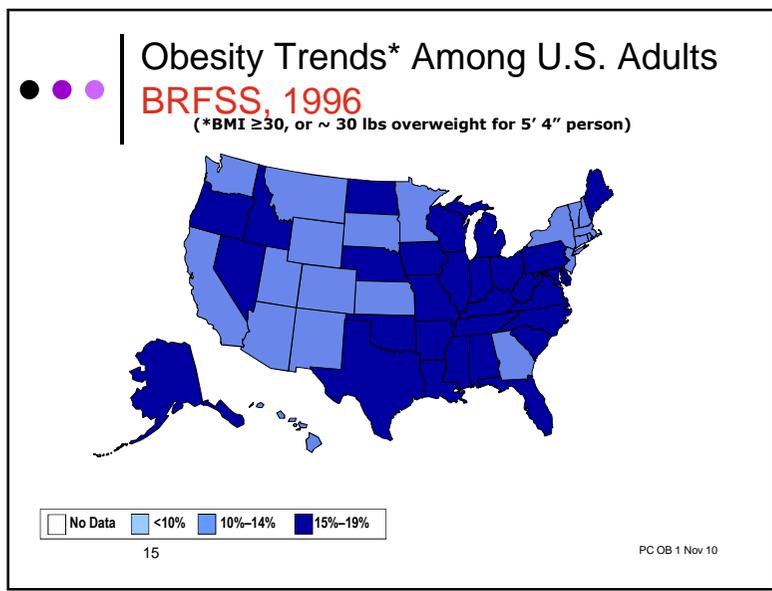
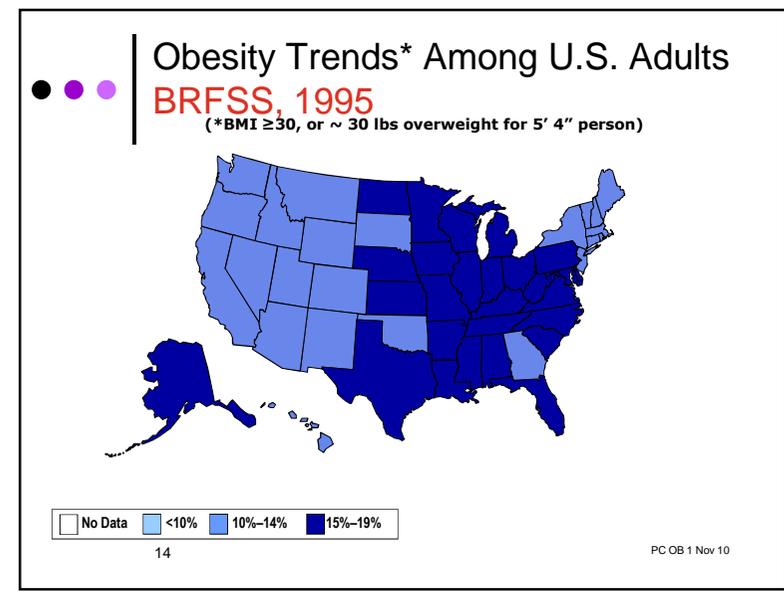
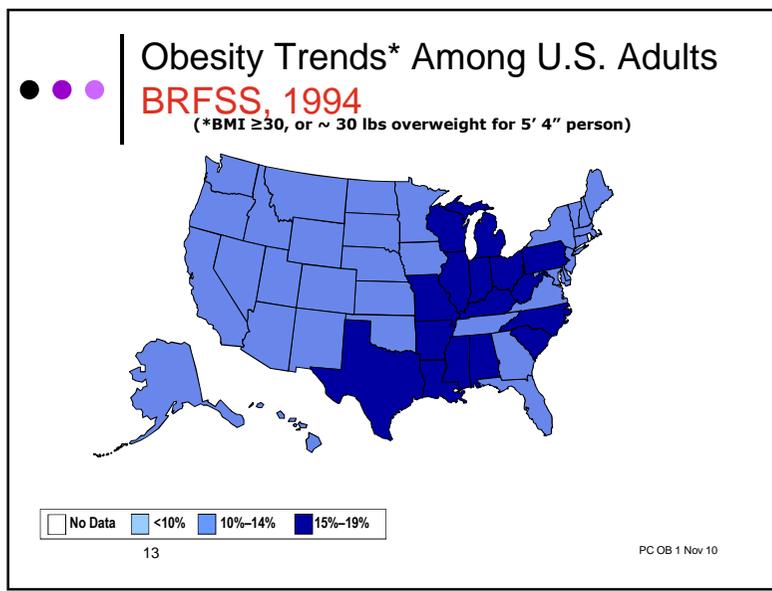
Legend: No Data (white), <10% (light blue), 10%–14% (dark blue)

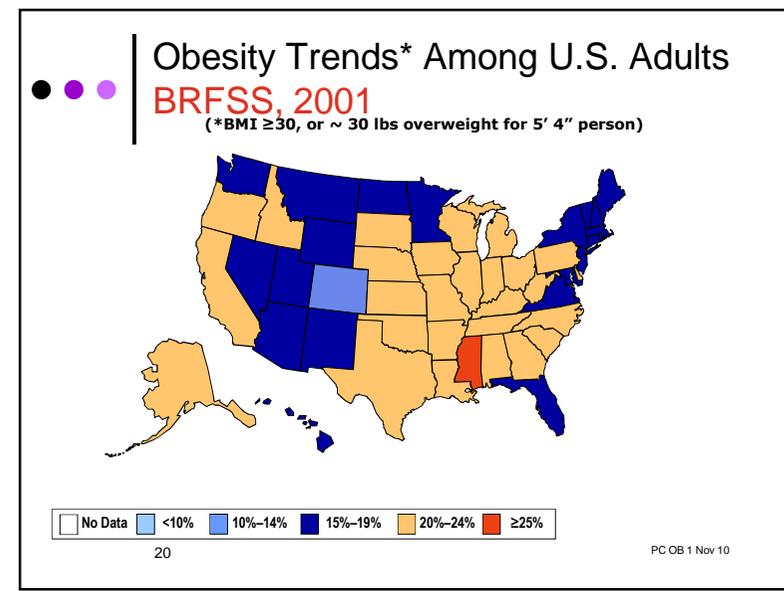
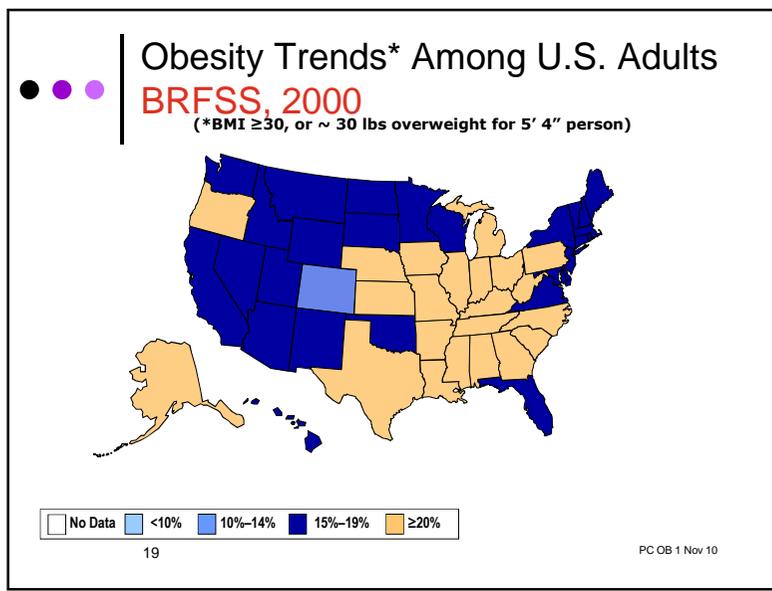
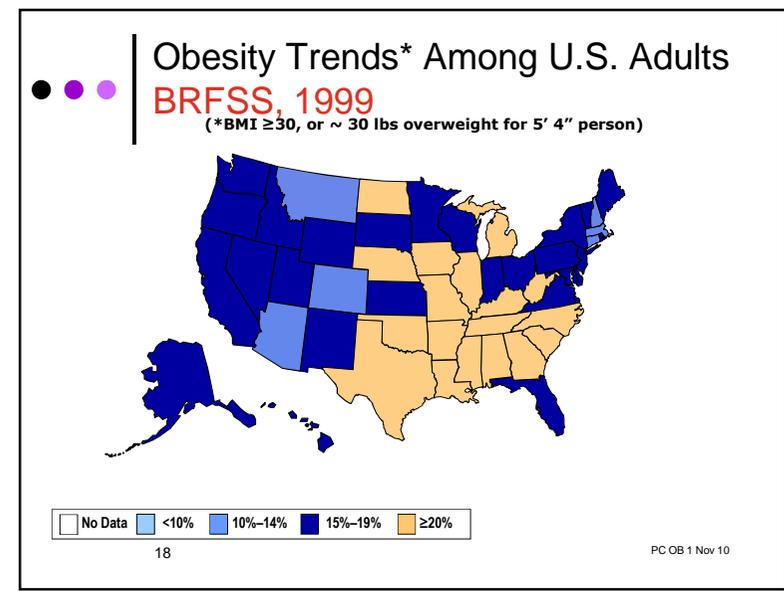
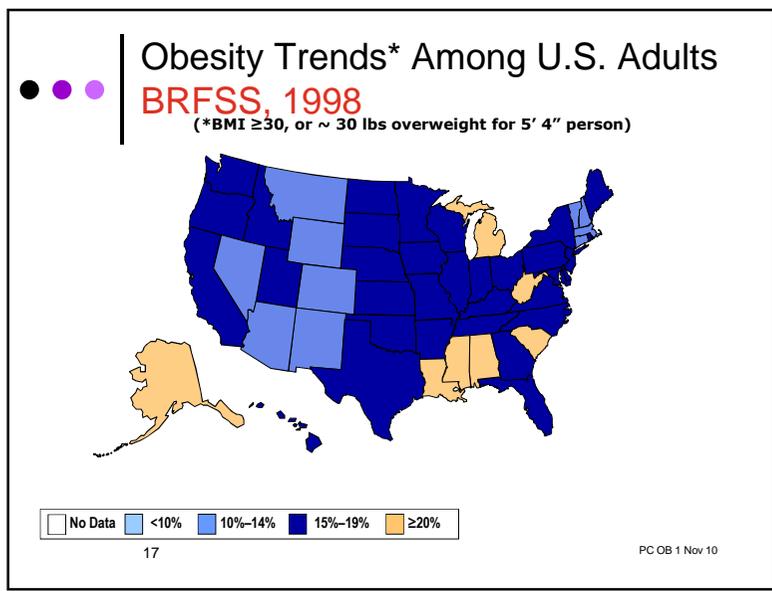
Source: Behavioral Risk Factor Surveillance System, CDC

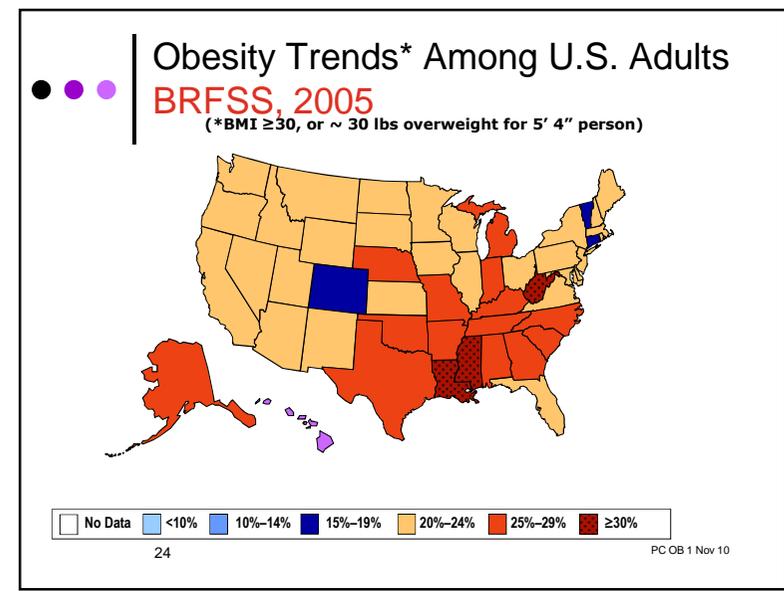
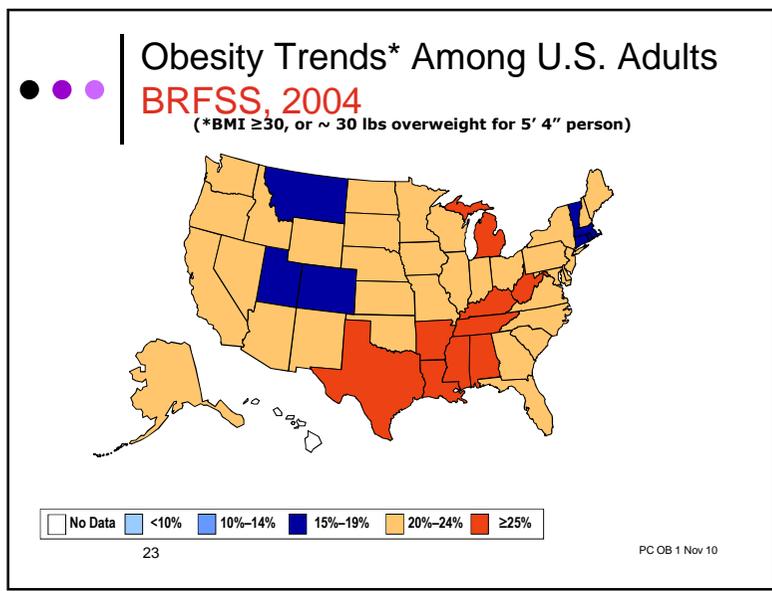
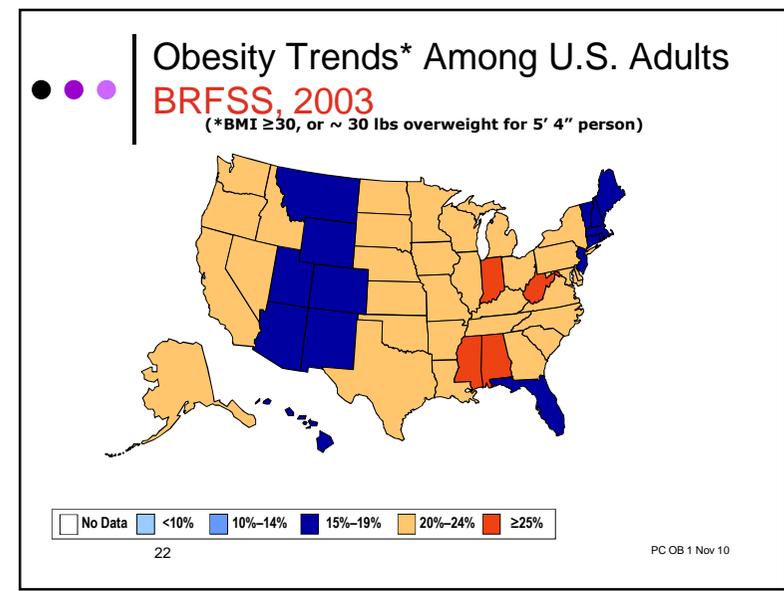
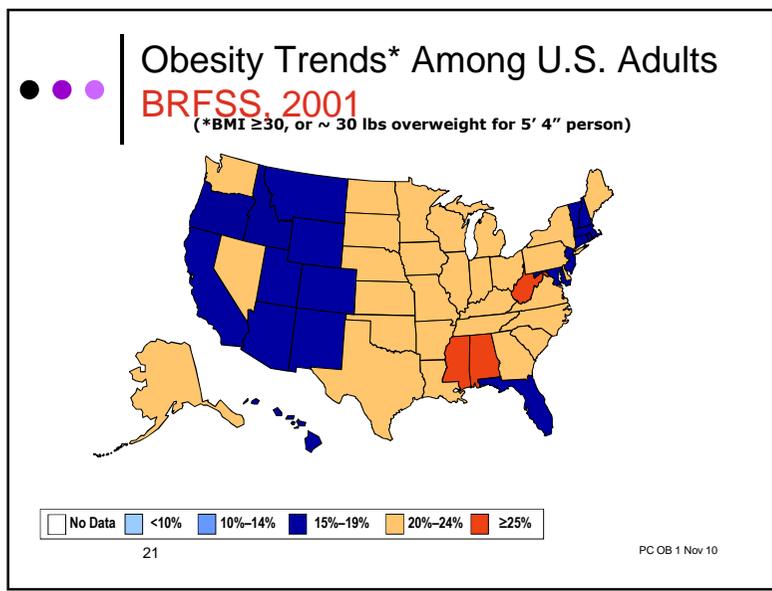
PC OB 1 Nov 10











## ● ● ● 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)*

25

PC OB 1 Nov 10

## ● ● ● Guidelines USA

- 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*

26

PC OB 1 Nov 10

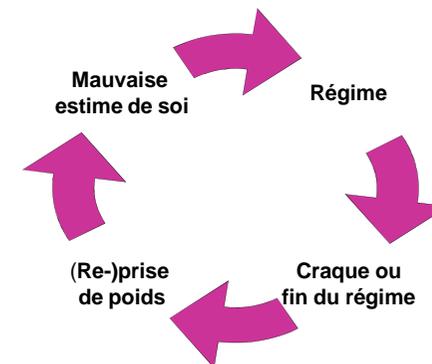
## ● ● ● Pourtant...

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

27

PC OB 1 Nov 10

## ● ● ● Régimes et effet « yoyo »



28

*[Fairburn 1995]*  
PC OB 1 Nov 10

## Restriction alimentaire et régimes → Effets secondaires

- 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]
- Dérégulation du rythme alimentaire
  - Perturbation de la capacité physiologique à réguler ses apports alimentaires en fonction des besoins
  - Incapacité à reconnaître les sensations de faim et de satiété
- Prise de poids
- Mauvaise estime de soi
- Troubles du comportement alimentaire
  - Filles au régime: 12X plus de risque de développer des compulsions alimentaires vs pas de régime [AE Field et al. Pediatrics 2003]

29 PC OB 1 Nov 10

## Restriction alimentaire et 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

30 PC OB 1 Nov 10

## PC nutritionnelle → 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)

31 PC OB 1 Nov 10

## Traitement 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]

32 PC OB 1 Nov 10

## Efficacité diététique 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% ( $\pm 26$ )

→ 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]

33

PC OB 1 Nov 10

## Prise en charge?

### 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)

34

PC OB 1 Nov 10

## Prise en charge?

### 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**

35

PC OB 1 Nov 10

## 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)

36

PC OB 1 Nov 10

## ● ● ● 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.

37

PC OB 1 Nov 10

## ● ● ● 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)

38

PC OB 1 Nov 10

## ● ● ● 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 !

39

PC OB 1 Nov 10

## ● ● ● 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

40

PC OB 1 Nov 10

## 2. Carnet alimentaire et comportemental

### Objectif

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

### Utilisation

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

41

PC OB 1 Nov 10

## 2. Exemple de CA

Heure	Aliments ou boissons	Faim 0-5 (0=pas faim 1-2= petite faim 3-4= faim moy à forte 5= faim trop forte)	Vitesse (Mangé vite OUI / NON)	Contexte	Remarques
13.30	1 grande assiette de salade, tomates + 1 tr pain	2	NON	A table	Pas trop calorique
16.30	Cacahuètes	0	OUI	Salon TV	Envie. Je sais que je ne devrais pas.

42

PC OB 1 Nov 10

## Troubles alimentaires et prise de poids

		n	Ont pris du poids	OR (95% IC)	p (Chi <sup>2</sup> )
<b>Compulsions</b>	<1/sem	79	6%	<b>4.9</b> (1.5 - 16.0)	0.005
	≥1/sem	36	25%		
<b>Reconnaissance Faim</b>	Oui	85	8%	<b>3.3</b> (1.0 - 10.2)	0.036
	Non	31	23%		
<b>Night Eating Syndrome</b>	Jamais	90	9%	<b>3.2</b> (1.0 - 10.0)	0.04
	≤1/sem	25	24%		
<b>Consommation augmentée si affects négatifs</b>	Non	37	8%	1.9 (0.5 - 7.2)	0.3
	Oui	77	14%		

- Cohorte (n=116), consultation diététique, Polimed HUG (2003)
- Facteurs associés avec une prise de poids >2% du poids initial

43

PC OB 1 Nov 10

## Traitements: régimes

- Classiques
  - PSMF, Dissocié, Scarsdale, Atkins, Montignac...
- Très Farfelus
  - Groupes sanguins, Calories négatives...
- Potions magiques
  - Soupe magique, tisanes amaigrissantes, algues...
- Technologie alimentaire
  - Substituts de repas, édulcorants, plats allégés
- "Équilibré hypocalorique" ou le "politiquement correct" du régime

**Mode d'action : apporte moins de calories à l'organisme qu'il n'en dépense**  
**Conséquences : Efficacité à court terme, risque de reprise et de développer des troubles alimentaires**

PC OB 1 Nov 10

## ● ● ● Traitements: chirurgie

- **Gastroplastie, cerclage**
- **By-pass gastrique (Roux en Y)**
- **Sleeve gastrectomy**
- Objectif: réduire le volume "consommable", induire une malabsorption
- En principe réservé aux personnes BMI>40
- TCA = contre-indication
- Risques non négligeables (complications, mortalité, carences)
- Réduction pondérale importante (by-pass)
- Amélioration qualité de vie
- Résultats à long terme ???

45

PC OB 1 Nov 10

## ● ● ● Traitements : médicaments

- **Inhibiteurs lipase (Orlistat; Xénical; Alli®)**
    - Diminue absorption lipidique
    - Effets secondaires: diarrhées, carences vit liposolubles (controversé)
    - Perte 3kg de plus que placebo *[Cochrane review 2003]*
  - **Inhibiteur recapture neurotransmetteurs (Sibutramine; Réductil®)**
    - Augmente sensation satiété
    - Effets secondaires: bouche sèche, insomnies, constipation, ↑ FC
    - Perte 4kg de plus que placebo *[Cochrane review 2003]*
  - **Bloqueur des récepteurs CB-1 (Rimonabant®)**
    - Vise à réduire apports alimentaires
    - Effets secondaires: nausées, vomissements, dépression
    - Perte 5kg de plus que placebo, drop-out +++ *[Iama 2006]*
- → **Peu de résultats à long terme car pas de changement de comportement !**

46

PC OB 1 Nov 10