

Obésité : comportements et représentations

Mots
clés :

Obésité,
Représenta-
tion,
Educa-
tion du
patient

Dans le domaine de l'obésité, tout objectif de perte de poids ne peut passer que par des changements de comportements souvent fondés sur des habitudes anciennes. L'approche diététique en est l'un des aspects¹. Elle ne peut se concevoir qu'accompagnée de conseils individualisés dans le cadre d'une éducation thérapeutique au long cours, centrée sur le patient. Pour perdre du poids, le patient obèse devra « apprendre », donc confronter des informations nouvelles à ses savoirs et représentations anciens^{2,3}. Le soignant devra de son côté prendre conscience de ses propres représentations. Une revue systématique des essais comparatifs dans ce domaine montre la grande variété – et la difficulté – des mesures comportementales^{2,3}. Deux publications récentes^{4,5} du service d'enseignement thérapeutique pour les maladies chroniques (SETMC) de Genève nous apportent sur ces points des données théoriques et pratiques.

L'efficacité des interventions comportementales

L'une des difficultés est la grande diversité des mesures comportementales étudiées dans les essais randomisés. Le NICE anglais en a fait en 2006 une revue systématique^{2, in5}. La base commune en est le conseil personnalisé : diagnostic de comportement alimentaire, repérage des principaux éléments contribuant à l'obésité, partage de cette analyse avec le patient, apprentissage des bonnes pratiques alimentaires, prise en compte du contexte familial... La promotion d'une reprise d'activité physique régulière supplémentaire, pas nécessairement sportive, fait partie de ces mesures.

En soins primaires, associées à des programmes d'activité physique et des régimes de restriction calorique, **ces interventions ont amélioré l'efficacité des mesures diététiques.** La perte de poids supplémentaires est de 4 à 8 kg par rapport aux participants des groupes sans soutien actif. Les thérapies familiales (le plus souvent avec le conjoint) ont été plus efficaces que les thérapies individuelles, aux résultats identiques aux thérapies de groupe. Selon cette même synthèse, les interventions sans aide de soignants sont à peine plus efficaces que les simples tentatives de régime sans aide spécifique. *Prescrire*³ souligne cependant que le rôle des déterminants génétiques, psychologiques, environnementaux, sociaux, de l'obésité, parfois prépondérants, est difficilement traduit en termes statistiques dans ces essais, la qualité de vie de ces obèses rarement prise en compte. Les résultats se limitent à un chiffre de pertes de poids, ce qui en limite la portée.

Que retenir pour notre pratique ?

L'approche du patient obèse est exigeante, chronophage. Très loin des solutions « miracles » de régimes, médicaments, et autres chirurgies de l'obésité, ce concept d'obésité/maladie chronique, implique une relation complexe, durable et équitable entre soigné et soignant. Le rôle du thérapeute est de « faciliter » l'émergence des *a priori*, sans jugement, en ayant à l'esprit ses propres cadres de références pour permettre l'évolution des représentations donc des comportements. Si l'efficacité, en terme de perte de poids, n'en est pas pour autant garantie, cela permet d'envisager plus raisonnablement le long terme...

Il vaut toutefois mieux reconnaître que les pertes de poids durables importantes sont rares et ne pas « harceler » ou prendre le risque de « stigmatiser » des patients qui ont déjà fait des efforts considérables pour des résultats modestes³.

Ces difficultés doivent d'autant plus inciter à une « vigilance préventive », dès l'enfance, mais aussi chez l'adulte qui débute un surpoids.

Le NICE insiste sur **la nécessité d'une formation spécifique à l'éducation thérapeutique** et l'intérêt des recours spécialisés dans les cas difficiles, qui sortent d'une prise en charge « ordinaire »².

Représentations, comportement et obésité

Pourquoi s'intéresser aux représentations ? Prêter une attention toute particulière aux représentations non seulement du patient, mais aussi du soignant permet de faire émerger certains obstacles et représentations sociales : perception de la maladie, de sa sévérité, du bénéfice du traitement et des obstacles au traitement. Les modifications de comportement ne peuvent survenir qu'en faisant évoluer l'ensemble. Comme le souligne l'équipe genevoise, « un apprentissage chez l'adulte implique souvent une déconstruction-reconstruction continue de conceptions. Le soignant-éducateur peut être un facilitateur dans cette aventure »⁴.

Cela nécessite une formation spécifique : l'équipe suisse est partie des concepts de *résilience* et *empowerment* du patient pour construire un programme de formation dont elle a démontré l'efficacité⁵. Le patient souffrant de maladies chroniques a souvent un sentiment de perte de sécurité qui peut être à la fois corporel, émotionnel, social, voire financier. Il doit apprendre à gérer la maladie au quotidien grâce à ses propres ressources. La pratique avec le patient obèse est avant tout un entretien avec la recherche de ses difficultés psychosociales, de ses ressources propres, connaissances, croyances et comportements, beaucoup plus que par la recherche de signes pathologiques et symptômes.

Références :

- 1- Collectif. L'épidémie d'obésité : l'approche diététique. *Bibliomed*. 2005;386.
- 2- National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children*. December 2006. www.nice.org.uk
- 3 - Rédaction. Obésité : maigrir sans médicament (3^{ème} partie). *Rev Prescrire*. 2007;282:275-81.
- 4- Barthassat V et al. Représentations, comportements et obésité. *Rev Med Suisse*. 2008;4:843-53.
- 5 - Chambouleyron M et al. Un nouveau programme en éducation thérapeutique : former des soignants pour favoriser la résilience des patients. *Pédagogie Médicale*. 2007;8:199-206.