

Mots  
clés :

Obésité,  
Adulte,  
Régime,  
Diététique,  
Alimentation,  
Prescription

## L'épidémie d'obésité : l'approche diététique

Comment réduire le déséquilibre entre apports et dépenses énergétiques qui est cause de l'obésité ? L'approche diététique est la première réponse à envisager, mais le nombre et la diversité des régimes proposés en montrent bien les limites : tous entraînent une perte de poids immédiate ; la plupart des obèses qui maigrissent ainsi reviennent rapidement à leur poids initial, souvent à de nombreuses reprises. Quelles sont les conséquences, notamment psychologiques, du phénomène de yo-yo ainsi réalisé ?<sup>1</sup> Que connaît-on de l'efficacité et des risques des divers « régimes » ? Que proposer en pratique ?

### Divers régimes à l'efficacité discutable

Tous les régimes proposés ont en commun la restriction calorique. Les uns proposent une alimentation variée où l'apport de graisses, de saccharose et d'alcool sont en général réduits ; d'autres une alimentation exclusive, par exemple à base de fruits, induisant une fonte musculaire importante ; certains sont « dissociés », interdisant l'association de certains groupes d'aliments (par exemple celui de Montignac) ; les régimes hyperprotéiques de type Atkins réduisent ou excluent les glucides et entraînent ainsi une réaction céto-gène anorexigène.

Une étude a comparé 4 régimes : équilibré (Weight Watchers), hyperprotéiné et hypoglucidique (Zone), à teneur très basse en glucides (Atkins) et à bas contenu en graisses (Ornish). Les résultats sont similaires pour les 4 : perte pondérale à 1 an faible, à 5% du poids initial pour ceux qui terminent l'essai ; 42% d'abandons, plus souvent dans les régimes très restrictifs<sup>2,3</sup>.

Ainsi il y a toujours **perte de poids initiale à court terme, adhésion médiocre au régime**, avec environ 50% d'arrêt du régime dans les études (sans doute beaucoup plus dans la pratique quotidienne) et **prise de poids quasi constante à moyen et long terme**.

### Les risques d'une approche diététique isolée

La perte de poids et surtout son maintien sont difficiles. Les reprises de poids successives (phénomène yoyo) ont des **effets psychologiques défavorables** avec perte de l'estime de soi, de la confiance en soi, de la satisfaction, troubles de l'humeur. Dans 30 à 70% des cas selon les études apparaît **un trouble du comportement alimentaire, l'hyperphagie boulimique** (HB) récemment identifié et inscrit dans le DSM-IV. L'HB concerne surtout les femmes, mais parfois des hommes ou des adolescents. Elle se traduit par des crises de boulimie,

avec le sentiment de perte de contrôle du comportement alimentaire. On peut l'identifier en analysant les sensations de faim, d'appétit et de satiété, les grignotages et compulsions, leurs déclencheurs, les comportements compensatoires. Elle est souvent associée à des symptômes dépressifs<sup>4</sup>.

### Que faire en pratique : des conseils individualisés

**- Proposer des objectifs modestes, clairs et réalistes.** Les régimes trop restrictifs et/ou à risque de carence doivent être évités. Le conseil diététique doit être basé sur les habitudes alimentaires du patient, garantir un apport nutritionnel adapté, limiter les apports de graisses et/ou d'hydrates de carbone et/ou d'alcool<sup>1,2</sup>. L'alimentation recommandée par 3 sociétés américaines, avec apport important de fruits, légumes, céréales, poissons, est associée à une réduction de l'incidence du diabète, des maladies cardiovasculaires, du cancer<sup>3</sup>.

**- Ne pas se limiter à l'approche diététique.** L'important est d'associer à de nouvelles habitudes alimentaires des activités physiques adaptées régulières. Il est prouvé que l'exercice physique associé au régime réduit le poids et améliore les facteurs de risque cardiovasculaires<sup>5</sup>. Des conseils clairs et adaptés du médecin traitant sont efficaces<sup>6</sup>. Ce programme ne peut et ne doit pas être imposé, mais nécessite une réflexion commune entre médecin et patient et un suivi régulier<sup>1,2,3</sup>.

**- Motiver aux changements comportementaux.** Si une psychothérapie est parfois recommandée, le généraliste garde dans tous les cas un rôle essentiel : proposer des objectifs réalistes, motiver au changement en analysant tous les facteurs de résistance et les soutiens potentiels, structurer les repas, repérer les déclencheurs de grignotages et crises alimentaires, aider le patient à trouver ses propres stratégies à court et à long terme<sup>4</sup>.

L'obésité est une maladie chronique. Comme dans toute maladie chronique, **l'implication du patient à toutes les étapes est indispensable à l'efficacité**. Résumer la prise en charge de l'obésité à la prescription d'un régime miracle ne peut que conduire à un échec prévisible, aux conséquences néfastes.

**Le seul résultat visé est à long terme**, ce qui implique :

- des objectifs réalistes et surtout adaptés au patient, analysés et discutés avec lui, seuls éléments d'une adhésion et d'une efficacité sur une durée suffisante ;
- la prise en compte dans cette analyse de ses habitudes et modes de vie.

**L'approche diététique ne suffit pas à elle seule : elle doit être associée à des modifications du mode de vie et de l'activité physique.** Cela suppose une réflexion sur la motivation et les conditions du changement comportemental et un suivi prolongé<sup>3</sup>.

Nous reviendrons sur la place, dans ce suivi, des médicaments et de la chirurgie.

### Références :

- 1- Amati F, Golay A. Dieting or non dieting ? (suivre ou ne pas suivre un régime ?) *Rev Med Suisse*. 2005; 1:814-7.
- 2- Di Vetta V et al. Régimes amaigrissants : lesquels conseiller/ déconseiller ? *Rev Med Suisse*. 2005; 1 : 818-22.
- 3- Eckel RH. The dietary approach to obesity. Is the diet or the disorder ? *JAMA*. 2005; 293: 96-7.
- 4- Carrard I et al. Obésité et troubles du comportement alimentaire : comment faire ? *Rev Med Suisse*. 2005; 1: 825-9.
- 5- Que peut-on attendre d'une activité physique régulière chez l'adulte ? *Bibliomed*. 2003: 327.
- 6- Que faire pour améliorer l'activité physique des adultes ? *Bibliomed*. 2004: 328.