

Des kilos doux-amers

Jsabella Zadow

Kompetenzzentrum für Ernährungspsychologie, Zürich



Souvent, les personnes en surpoids ont déjà un long parcours de régimes derrière elles. Comme l'expérience le montre, chez ces personnes, la perte de poids est en conséquence empreinte par deux extrêmes, «une motivation trop zélée» et une «résignation désespérée». Tous deux conduisent souvent à des difficultés pour mettre en œuvre avec succès le plan de réduction du poids. Dans le cadre d'un atelier lors du congrès du CMPR 2018 à Lucerne, les moments émotionnels du comportement alimentaire ainsi que leur influence sur la régulation du poids ont été mis en lumière, et la façon dont les médecins peuvent aborder ce thème lors de leur consultation a été exposée.

Objectifs réalistes

Au début d'un traitement, l'espoir d'une perte de poids durable prévaut. En cas d'échec, la motivation baisse rapidement. Ainsi, le traitement du surpoids consiste principalement à accroître la motivation existante, parfois faible, des patients vis-à-vis du changement de poids. Dans le même temps, il s'agit également de dissiper les illusions et de freiner les patients dans leur excès de zèle. Durant cette phase, le dialogue ressemble à un exercice d'équilibriste, car les objectifs de résultats réalistes ne correspondent souvent pas aux espérances des patients obèses: la plupart des patients obèses souhaitent perdre du poids trois à quatre fois plus vite que ce qui est recommandé. L'expérience montre cependant que la plupart des patients ne peuvent en réalité perdre que 5 à 15% de leur poids initial. Rares sont ceux qui se satisfont de ce «modeste» objectif. Il est donc d'autant plus essentiel de souligner clairement durant la consultation que seule une perte de poids modeste et lente peut conduire à un succès à long terme et apporter des bénéfices substantiels pour la santé. Une information préliminaire exhaustive est donc nécessaire lors du premier entretien afin poser les bases d'un traitement réussi au moyen d'un objectif clairement défini et réaliste.

Ressources et obstacles

Les conditions de vie des patients jouent un rôle essentiel pour l'atteinte des objectifs fixés. Les contraintes, telles que les horaires de travail irréguliers et les difficultés sur le plan familial ou financier, rendent le pas-

sage à une alimentation saine et équilibrée plus difficile. Les ressources, telles que les relations intactes et les capacités cognitives, facilitent quant à elles le changement alimentaire. L'évaluation consciencieuse des contraintes et des ressources en vue de fixer un objectif réaliste facilite le démarrage d'une réduction du poids réussie. La première étape est donc décisive pour atteindre un changement du comportement alimentaire à long terme et une perte de poids sans régime strict. Seule une approche de traitement se basant sur les besoins alimentaires physiologiques et psychologiques du patient individuel et plaçant également le plaisir (plutôt que l'interdiction de certains aliments) au premier plan peut être fructueuse sur le long terme.

Modèles de comportement alimentaire

Les patients en surpoids se présentent au cabinet avec différents modèles alimentaires. Afin de définir une stratégie de traitement adaptée, un aperçu des modèles de comportement alimentaire les plus fréquents s'avère utile. Les quatre tendances alimentaires les plus courantes sont brièvement exposées ci-dessous.

Alimentation impulsive

Pour le mangeur impulsif, il est presque impossible de résister aux délices culinaires au quotidien. Le mangeur impulsif est également connu en tant que mangeur gourmand ou hédoniste. Lorsqu'il est au contact de plats savoureux, il lui est difficile de dire «non». Les buffets ou encore la carte des plats représentent un défi de taille pour lui.

Si un mangeur impulsif veut perdre du poids, il doit apprendre à résister aux plats savoureux.

Les questions à échelle suivantes aident le patient à apprendre se contrôler sur le plan alimentaire étape par étape:

- A partir de quel degré de faim est-ce que je souhaite céder à l'impulsion alimentaire?
- A partir de quel niveau d'envie est-ce que je souhaite céder à l'impulsion alimentaire?
- Combien d'exceptions est-ce que je souhaite m'accorder par semaine?

Alimentation compulsive

Le mangeur compulsif montre une tendance à faire régulièrement des excès alimentaires. Il n'est pas rare que ces excès se produisent à la suite d'une phase de comportement alimentaire restrictif. Des écarts, ne seraient-ce que petits, vis-vis à du régime peuvent déjà conduire à une perte de contrôle et déclencher une alimentation compulsive (sentiment de «rupture d'une digue», «maintenant, ce n'est plus à cela près»). Des sentiments de culpabilité et d'échec suivent l'excès, et il n'est pas rare qu'une phase de restriction s'ensuive également. Si un mangeur compulsif veut perdre du poids, il doit apprendre à prendre des repas réguliers, dont la composition et les quantités sont équilibrées. Les moments de plaisir aident également à sortir d'un schéma de pensée rigide. En d'autres termes, s'il n'y a pas de repas de régime, la culpabilité est moins grande et les accès boulimiques sont donc moindres. De cette façon, à la fin de la semaine, moins de calories sont ingérées.

Les questions suivantes aident le mangeur compulsif à prendre ses décisions alimentaires de façon plus pertinente:

- Est-ce que je ressens de la satiété et de la satisfaction après ce repas?
- Quels aliments est-ce que je souhaite m'accorder régulièrement dans un cadre contrôlé?
- Est-ce que je peux respecter la forme d'alimentation choisie également sur le long terme?

Snacking

Le snackeur mange particulièrement peu lors des repas principaux ou lorsqu'il est en société. Aussi, de nombreux snackeurs en surpoids affirment qu'en réalité, ils ne mangent pas tant que cela. A l'anamnèse, ils déclarent se nourrir de quantités étonnamment petites/d'un nombre de calories étonnamment faible. En y regardant de plus près, il devient vite clair que les repas principaux irréguliers accompagnés d'un faible degré de satisfaction (un sandwich, une salade) sont complétés par des en-cas fréquents (sucreries, fromage, salami). A la fin de la journée, un snackeur peut sans problème avoir consommé 2000 à 3000 kcal sans se sentir rassasié pour autant. Si un snackeur veut perdre du poids, il doit apprendre à faire des repas réguliers et équilibrés. Dans l'idéal, il doit observer une pause de 4 à 6 heures entre les repas.

Les questions suivantes aident le snackeur à s'entraîner à respecter un bon rythme des repas:

- Est-ce que je ressens de la satiété et de la satisfaction après ce repas?



- Puis-je sans problème tenir quelques heures sans manger après ce repas?
- Avec quoi puis-je recharger mes batteries entre les repas, à l'exception des aliments?

Alimentation émotionnelle

Le mangeur émotionnel est également connu en tant que mangeur répondant à la frustration, un comportement largement répandu. Il a en effet tendance à répondre à différentes émotions par un apport alimentaire ou à atteindre une régulation du stress par le biais de l'alimentation. L'alimentation peut être un moyen efficace, mais pas le meilleur à long terme, pour compenser un manque de temps, de contacts sociaux ou d'expériences sensorielles. Si un mangeur émotionnel veut perdre du poids, il doit apprendre à développer des stratégies de coping différentes pour sa vie émotionnelle et à dissocier la faim d'une certaine émotion. Pour briser le cercle vicieux de l'excès alimentaire chronique, il convient de se recentrer souvent sur soi et de se poser les questions suivantes:

- Est-ce que j'ai vraiment faim?
- Qu'est-ce que je ressens en ce moment? Qu'est-ce que j'ai sur le cœur?
- Que vais-je en retirer si je mange quelque chose?
- Est-ce que mon humeur ou mon ressenti corporel vont changer?
- Qu'est-ce qui pourrait également me faire du bien, mis à part manger?

Entrée en matière pratique pour une intervention courte visant à une perte de poids

En accord avec le consensus du traitement de l'obésité 2016, discutez préférentiellement des questions fondamentales suivantes lors du premier entretien avec le patient:

1. Le patient a-t-il pensé de lui-même à perdre du poids ou est-il poussé par une tierce personne?
2. Quel est l'événement qui a stimulé le patient à entreprendre une perte de poids maintenant?
3. Quel est le niveau de stress du patient et son humeur actuelle?
4. Le patient présente-t-il un trouble du comportement alimentaire?
5. Le patient comprend-il la nécessité pour lui de suivre un traitement et pense-t-il qu'il va pouvoir le faire?
6. Combien de kilos le patient veut-il perdre? Quels bénéfices associés anticipe-t-il?

En partant des informations apportées par ces questions, une première intervention courte avec encouragement de la motivation et fixation d'un objectif commun clair par le médecin, une coordinatrice en médecine ambulatoire formée et le patient s'ensuit, ou alors le patient est adressé à un diététicien pour un accompagnement à long terme.

Le long chemin jusqu'au changement comportemental

Le changement des habitudes est un processus astreignant et de longue haleine. Naturellement, ces comportements profondément ancrés depuis de nombreuses années ne peuvent pas être renversés du jour au lendemain. Un changement débute pas à pas dans le cadre d'un rapport attentif à soi-même et à son propre corps. De cette façon, de précieuses expériences sont gagnées et elles permettent de favoriser efficacement un comportement alimentaire conscient et équilibré. Une introspection, le développement de stratégies alternatives et un entraînement à long terme sont nécessaires. Il s'ensuit un affranchissement progressif de la prise alimentaire émotionnelle automatisée pour arriver à une alimentation consciente et source de plaisir. Il convient de différencier plus distinctement la faim et la satiété par rapport à l'appétit et l'envie. L'écoute de ces signaux corporels doit être encouragée en tant que compétence fondamentale, ce qui, à son tour, renforce la confiance en soi au regard d'une réduction du poids.

Instruments utiles

Les instruments permettant d'observer son propre comportement non seulement alimentaire mais aussi relatif à l'activité physique sont des outils thérapeutiques comportementaux utiles pour atteindre un changement comportemental. Ils permettent une confrontation avec ses propres modèles, les différents déclencheurs ou les facteurs de maintien. Les changements positifs sont à leur tour efficaces en tant qu'amplificateurs.

Plans hebdomadaires («journaux de bord»)

De telles trames servent d'une part à l'auto-observation (documentation du statu quo) et peuvent d'autre part être des instruments précieux lorsqu'il s'agit de planifier des changements concrets, de fixer leur déroulement temporel et de documenter leur mise en œuvre.

Questions à échelle

Les questions à échelle, soit le classement de l'intensité, par exemple sur une échelle allant jusqu'à 10 sont très bien adaptées en vue de pouvoir mieux contrôler l'impulsion alimentaire. En prêtant régulièrement attention à l'intensité de la faim et/ou de la satiété, il est possible, avec le temps, de mieux réguler les quantités de nourriture. Une gestion attentive de ces signaux corporels réduit également la rapidité de la prise alimentaire, ce qui est considéré comme un facteur de réussite pertinent dans le cadre de la perte de poids.

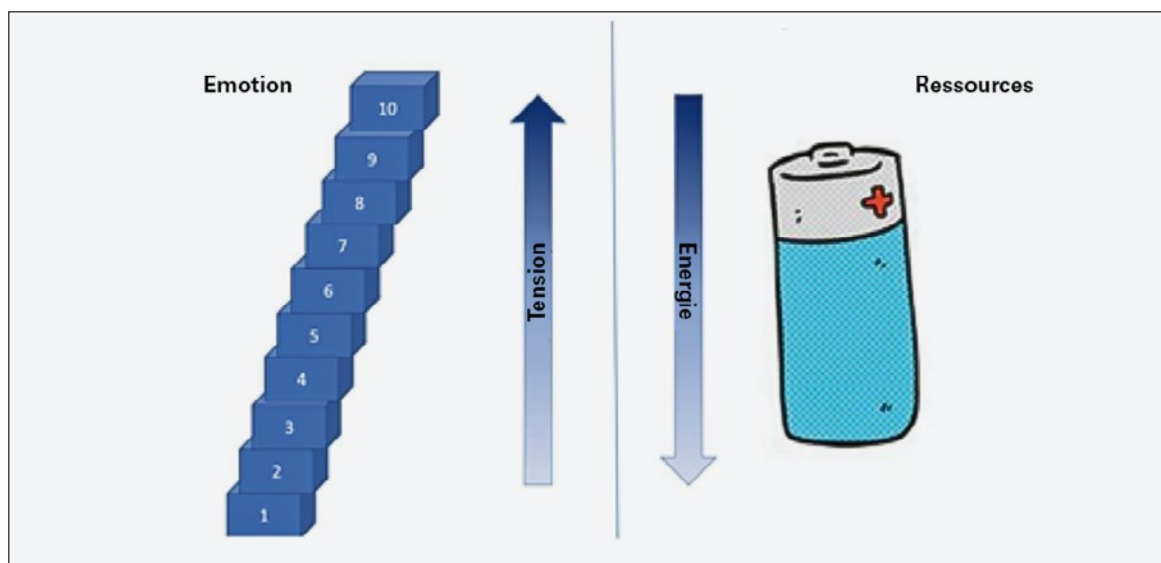


Figure 1: Les émotions négatives engendrent des tensions qui sont compensées par des excès alimentaires en cas de réserves énergétiques faibles.

Emotion consommatrice d'énergie et constitution de réserves énergétiques

Lorsque l'alimentation sert à réguler les émotions ou les tensions, il est utile que le patient puisse mettre en relation la cause (émotion) et ses répercussions (impulsion alimentaire). Au cours d'une première étape, il doit prendre conscience des sentiments qui conduisent le plus fréquemment à une prise alimentaire. Plus tard, le patient reçoit pour tâche d'identifier précocement cette émotion dans son intensité au quotidien. Enfin, il s'agit de pouvoir y réagir au moyen de stratégies de coping alternatives lors des degrés d'intensité faibles. En tant que mesure essentielle, il s'avère utile de parallèle-

ment maintenir les réserves énergétiques à un niveau le plus haut possible au moyen des ressources ou de pauses (fig. 1).

Crédit photo

ID 99508496 © Belier | Dreamstime.com

Références

- Consensus du traitement contre l'obésité, Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (SSED), 2016.
- Ellrott T, Thiel M. Verhaltenstherapeutische Strategien in der Adipositasstherapie, 2016.
- Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S. Handbuch Essstörungen und Adipositas, Springer Verlag, 2015.
- Toman Erika, Mehr Ich weniger Waage, Abnehmen ohne Illusionen und mit Seele und Verstand, Zytglogge Verlag, 2017.
- Zadow Jsabella, Master-Thesis: WZW-Kriterien in der ambulanten Ernährungsberatung bei adipösen Patienten, 2012.

Correspondance:
Jsabella Zadow,
dipl. Ernährungsberaterin
FH, Msc. In Health Care
Management
Kompetenzzentrum für
Ernährungspsychologie
Rautistrasse 12
CH-8047 Zürich
jsabella.zaedow[at]hin.ch